

Tesis Doctoral

**Barreras en el acceso a la atención en salud en  
modelos de competencia gestionada: un estudio  
de caso en Colombia**

Autora: **Ingrid Vargas Lorenzo**  
Directora: **Dra. María Luisa Vázquez Navarrete**  
Tutor: **Dr. Miguel Martín Mateo**

Universitat Autònoma de Barcelona  
Facultat de Medicina  
Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i  
Ginecologia i de Medicina Preventiva  
Programa de Doctorat en Salut Pública i  
Metodologia de la Recerca Biomèdica

Bellaterra, 2009

Fotografías de la portada:

*Ciudad Bolívar* (Bogotá D.C. Colombia)  
Jean Drescher

*La Cumbre* (Departamento del Valle. Colombia)  
Ingrid Vargas

A los participantes del estudio, con la intención de contribuir  
al esfuerzo por mejorar su realidad



Decía Umberto Eco que hacer una tesis es útil principalmente por la experiencia de trabajo que comporta. Esta tesis ha significado para mí, en primer lugar, la incursión en un enfoque metodológico nuevo, y aprender a llevar a cabo el proceso completo de una investigación, desde la elaboración del marco y los instrumentos, el contacto con las instituciones, el trabajo de campo y el análisis de los datos. Además, me ha permitido conocer de forma sistemática un sistema de salud desde la perspectiva de otros actores: los usuarios y profesionales de los servicios. Y finalmente, aprovechar el trabajo de campo para explorar otro país y otras realidades sociales desde la mirada de algunos de sus habitantes.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos aquellos que han colaborado con esta investigación, y en especial:

A María Luisa Vázquez, directora de tesis, compañera de aventuras y sobre todo amiga, porque juntas logramos que este trabajo no quede en esta tesis sino que constituya el inicio de un proyecto más amplio. A Miguel Martín, quien desde la UAB, me ofreció su apoyo como tutor.

Al Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación por otorgarme la beca para poder realizar el trabajo de campo (Beca MAEC-AECI 2005-06). Al Consorci Hospitalari de Catalunya, y específicamente a Joan Farré, por concederme una excedencia laboral para realizar el trabajo en Colombia.

A Amparo Mogollón, a la Universidad del Rosario y a las compañeras de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano por acogerme como investigadora invitada y facilitarme contactos con diversas instituciones en Bogotá.

A María Eugenia, y a los compañeros del Instituto de Psicología de la Universidad del Valle por recibirme como investigadora invitada y permitir que disfrutara de su exuberante campus universitario

A todas las instituciones que participaron en la investigación y profesionales que facilitaron mi trabajo. En Bogotá, la Red Sur de hospitales públicos, la ARS Ecoopsos, la IPS Clínica Candelaria, la IPS Ciudad Salud, la EPS Famisanar y la IPS Colsubsidio, y en especial a Juan Carlos Fresnada, Herson León, Cecilia Téllez, Daniel, Nelly Valencia, Magdalena Álvarez, Claudia Peña, Rosarito, Freddy Rodríguez, Alberto León, Sofya Gutiérrez y Jaime Ramírez. En La Cumbre y Cali, el Hospital Santa Margarita de La Cumbre, la IPS San Juan de Dios, el Hospital Departamental del Valle y la EPS Coomeva, y en especial a Olga Lucía, Aicardo Solís, Carlos Ferrer, Antonio Salcedo, Ana Judit, Juan Carlos, Adriana, las promotoras de salud de La Cumbre, Milton Gómez, Yolanda Arango y Nora Lucía Arias.

A los informantes del estudio, por el tiempo y paciencia dedicada. En particular a los usuarios de los servicios, siempre dispuestos a recibirme en casa con un *tintico*.

A Teresa Martínez por sus correcciones y tener la paciencia de leer las casi trescientas páginas de la tesis.

A mi familia extendida, amigas y amigos por acompañarme desde cerca, o en la distancia, en mis aventuras por Colombia.

Y muy especialmente a Colombia por la acogida recibida, y porque convirtió este trabajo en una diversión.

## Índice

<b>Lista de abreviaturas.....</b>	<b>10</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>11</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>15</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>19</b>
<b>1. El modelo de competencia gestionada o <i>managed competition</i> en el contexto latinoamericano .....</b>	<b>19</b>
1.1. Los elementos del modelo de competencia gestionada .....	21
1.2. El impacto teórico en la equidad de acceso y la eficiencia .....	22
1.3. El impacto en la equidad de acceso y eficiencia en Latinoamérica.....	25
<b>2. El modelo de competencia gestionada en Colombia.....</b>	<b>27</b>
2.1. Financiación .....	30
2.1. Rectoría.....	33
2.3. La gestión del aseguramiento .....	37
2.4. Provisión de servicios de salud.....	39
<b>3. El acceso a los servicios de salud: una revisión de los marcos conceptuales....</b>	<b>41</b>
3.1. El concepto de acceso a los servicios de salud.....	41
3.2. Los marcos conceptuales del acceso .....	43
<b>4. La evaluación del acceso a los servicios de salud en Colombia .....</b>	<b>57</b>
4.1. Acceso potencial a los servicios de salud.....	59
4.2. Acceso real a los servicios de salud .....	66
<b>Justificación del estudio .....</b>	<b>69</b>
<b>Objetivos de la investigación .....</b>	<b>73</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>75</b>
Diseño del estudio .....	75
Área del estudio .....	76
Muestra .....	82
Técnica de recogida de datos.....	90
Análisis de datos.....	91
Rigor y calidad de la información .....	93
Consideraciones éticas.....	93
Limitaciones del estudio .....	93

<b>Resultados.....</b>	<b>97</b>
<b>Régimen subsidiado y no asegurados .....</b>	<b>98</b>
<b>Caso 1. El acceso en la red de servicios de salud del área urbana .....</b>	<b>98</b>
1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud.....	98
1.1. Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada .....	98
1.2. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento.....	100
1.3. Barreras relacionadas con las aseguradoras (ARS).....	107
1.4. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud.....	115
1.5. Barreras relacionadas con las características de la población .....	123
2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios.....	125
<b>Caso 2. El acceso en la red de servicios de salud del área rural.....</b>	<b>129</b>
1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud.....	129
1.1. Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada .....	129
1.2. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento.....	131
1.3. Barreras relacionadas con las aseguradoras (ARS).....	135
1.4. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud.....	137
1.5. Barreras relacionadas con las características de la población .....	143
2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios.....	145
<b>Régimen contributivo.....</b>	<b>149</b>
<b>Caso 3. El acceso en la red de servicios de salud del área urbana .....</b>	<b>149</b>
1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud.....	149
1.1. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento.....	149
1.2. Barreras relacionados con las aseguradoras (EPS).....	154
1.3. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud.....	158
1.4. Barreras relacionadas con las características de la población .....	163
2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios.....	166
<b>Caso 4. El acceso en la red de servicios de salud del área rural.....</b>	<b>171</b>
1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud.....	171
1.1. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento.....	171
1.2. Barreras relacionadas con las aseguradoras (EPS).....	174
1.3. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud.....	178
1.4. Barreras relacionadas con las características de la población .....	181
2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios.....	183
<b>Discusión.....</b>	<b>185</b>
1. Tipos de barreras de acceso y diferencias entre regimenes de aseguramiento, áreas y actores.....	185
2. La competencia en el aseguramiento y la provisión de servicios: origen de dificultades en el acceso .....	188
3. Debilidades en la protección financiera del seguro de salud.....	191
4. El impacto de los mecanismos de control de la atención o managed care sobre el acceso a los servicios.....	200

5. Las barreras estructurales en la atención a lo largo del continuo asistencial .....	204
6. Las barreras organizativas en la atención a lo largo del continuo asistencial .....	206
7. Las barreras socioeconómicas .....	208
8. El desconocimiento de los usuarios sobre el funcionamiento del sistema de salud como barrera de acceso a los servicios .....	210
9. Estrategias para mejorar el acceso .....	211
<b>Conclusiones.....</b>	<b>217</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>223</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>223</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>241</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>245</b>
<b>I. Ejemplos de las categorías por caso de estudio .....</b>	<b>245</b>
Régimen subsidiado.....	245
Régimen contributivo .....	259
<b>II Guías de entrevistas.....</b>	<b>265</b>

ARS	Administradora del Régimen Subsidiado	POS	Plan Obligatorio de Salud
CAMI	Centros de Atención Médica Inmediata	POS-S	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	PAB	Plan de Atención Básica
ECV	Encuestas de Calidad de Vida	PyP	Actividades de Promoción y Prevención
ESE	Empresa Social del Estado	SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
EPS	Empresa Promotora de Salud	SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía	UBA	Unidad Básica de Atención en Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
ISS	Instituto del Seguro Social	UPC	Unidad de Pago Capitado
MAPIPOS	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos	UPA	Unidad Primaria de Atención en salud

**Antecedentes**

Una de las reformas de los sistemas de salud que las agencias multilaterales y gobiernos han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención es el modelo de competencia gestionada *-managed competition-*. Se caracteriza por la introducción de un mercado regulado en el que numerosas aseguradoras compiten por la afiliación de la población. Colombia ha sido uno de los primeros países de la región en adoptar este tipo de modelos organizativos con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993, convirtiéndose en su ejemplo paradigmático. Se establecieron dos regímenes de aseguramiento para cuya gestión introdujeron administradoras de fondos públicos o aseguradoras -Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) – que debían garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen de aseguramiento, a cambio de un pago per cápita. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento para evaluar los resultados sobre el acceso se centran en la afiliación al seguro y los determinantes personales de la utilización de los servicios. Son escasos los estudios que analizan el acceso desde la perspectiva de usuarios o profesionales, y los que incorporan variables de contexto, a pesar de que son determinante importante de la utilización de servicios en modelos de competencia gestionada.

**Objetivo**

Analizar los factores y actores que influyen en el acceso al continuo de servicios de salud en cuatro redes de servicios de salud de Colombia y propuestas de mejora del acceso, desde la perspectiva de los actores sociales.

**Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo basado en un estudio de caso de cuatro redes de servicios de salud. Las áreas de estudio fueron Ciudad Bolívar (Bogotá, D.C.) y La Cumbre (Departamento del Valle) en Colombia. Se diseñó una muestra teórica en tres etapas: I) Casos de estudio: redes de servicios de salud de ambos regímenes de aseguramiento, en zona rural y urbana; II) Proveedores dentro de la red de

distintos niveles asistenciales, titularidad público y privado y diferentes niveles de integración en la propiedad; III) Informantes buscando la variedad en el discurso - usuarios asegurados y sin asegurar, profesionales de salud, profesionales administrativos y gestores de prestadores y administradoras. El tamaño final de la muestra fue entre 24 y 61 informantes por caso de estudio, alcanzándose la saturación del discurso. Para la recogida de información se utilizó la entrevista individual semiestructurada con una guía, con una parte común y otra específica para cada tipo de informante. Las entrevistas se grabaron y transcribieron textualmente. Se realizó un análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación por caso de estudio, grupos de informantes y temas. Para asegurar la calidad de los datos se trianguló la información entre grupos de informantes e investigadoras y se contrastaron los resultados con los informantes.

### **Resultados**

Los informantes perciben el acceso a lo largo del continuo asistencial como difícil y poco adecuado, con independencia del tipo de aseguramiento y área. Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, aunque en la red contributiva urbana también se detectan graves problemas para acceder a la atención primaria. En ambos regímenes y áreas surgen cuatro tipos de barreras que se retroalimentan relacionadas con: las políticas de aseguramiento – dificultades en la extensión y continuidad de la afiliación, y prestaciones cubiertas -, los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios que emplean las aseguradoras, las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores, y características socioeconómicas de la población que atienden. La búsqueda de la rentabilidad económica por parte de aseguradoras y proveedores emerge directamente como una barrera al acceso, que influye además en los obstáculos anteriores.

Se aprecian diferencias en la intensidad con la que las barreras aparecen en el discurso de los informantes según régimen y área. En el régimen subsidiado destacan los obstáculos financieros ligados a la menor cobertura del paquete de beneficios, y por tanto mayores copagos, mientras que en el contributivo emergen con más intensidad los obstáculos relacionados con una oferta de servicios poco accesible geográficamente. En el caso de los no asegurados, los informantes perciben que si superan las barreras económicas, su acceso es más fluido a lo largo del continuo asistencial por la

inexistencia de barreras relacionadas con las administradoras. Las diferencias entre áreas geográficas se observan en el régimen subsidiado. En la red urbana, emergen con fuerza barreras relacionadas con el funcionamiento de un mercado con múltiples aseguradoras y proveedores -cambios frecuentes de prestadores, conflicto entre entidades para eludir el pago de servicios y rechazo de pacientes y fragmentación de la atención en múltiples proveedores. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales – acceso geográfico y oferta disponible.

### **Conclusiones**

A los problemas de acceso a la atención que se suelen encontrar en sistemas de salud públicos de países en desarrollo debidos a las deficiencias estructurales y organizativas de la oferta de servicios y el bajo nivel de ingresos de la población, se añaden otros vinculados al modelo de competencia gestionada que empeoran los obstáculos existentes. Entre ellos destacan, por un lado, la introducción de las aseguradoras privadas que además de detraer recursos de la provisión, influyen directamente en el acceso a los servicios decidiendo sobre elementos como la amplitud de la red de proveedores y su accesibilidad geográfica o introduciendo estrategias para controlar la utilización. Y por otro, la búsqueda de sostenibilidad económica de los proveedores públicos que conlleva el rechazo del paciente no asegurado o sin capacidad de pago. Por tanto, el hecho de estar afiliado a un seguro de salud no se traduce en un acceso adecuado a los servicios de salud. Debido a la complejidad y coste de implementar un esquema de regulación efectivo que corrija los fallos del mercado, se recomienda plantear una reforma para la introducción de un modelo organizativo público no basado en la competencia.



---

La inequidad en el acceso a la atención sigue constituyendo uno de los problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos. Con el objetivo de mejorar la equidad de acceso, y también de la eficiencia, muchos países en la región han llevado a cabo reformas en las estructuras de financiación y prestación de sus sistemas de salud durante las tres últimas décadas. Un gran número de estas reformas se han basado en la introducción de mecanismos de mercado<sup>1,2</sup>, influidas por el paradigma neoliberal<sup>3</sup>.

Esta tesis se centra en una de estas reformas: la introducción del modelo de *competencia gestionada* o *managed competition*, y en concreto, en la experiencia colombiana que ha sido considerada el primer caso en la adopción de este tipo de modelo en un país en desarrollo<sup>4</sup>. El modelo de competencia gestionada se caracteriza por la introducción de un mercado en la gestión del aseguramiento en el que las aseguradoras (intermediarias) están sujetas a un esquema de regulación para corregir los fallos en el funcionamiento del mercado<sup>5</sup>. Una de las características de este tipo de modelo en países en los que se ha desarrollado es la conformación de redes de servicios de salud. Es decir, redes de organizaciones que ofrecen un continuo de servicios de salud coordinados a una población determinada y se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población<sup>6</sup>.

Colombia reformó radicalmente su sistema de salud adoptando el modelo de competencia gestionada, con la Ley 100 de 1993. Se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), comprendido por dos esquemas: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el subsidiado para la población con menor capacidad económica. El modelo significó la introducción de administradoras de fondos públicos<sup>a</sup> - Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)- que compiten por la afiliación de la población, y deben garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen, a cambio de un pago per cápita. La reforma también introdujo la

---

<sup>a</sup> En este estudio se usarán indistintamente como términos para designar a las entidades que realizan esta función de administración de fondos públicos: *administradoras de fondos, aseguradoras, gestoras del aseguramiento* o *intermediarias*.

competencia entre los proveedores públicos y privados, denominados Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), por el establecimiento de contratos con las aseguradoras.

La reforma del sistema de salud colombiano ha sido un proceso largo y complejo<sup>7</sup> y ha generado posiciones divergentes. Por un lado, desde el inicio se alzaron voces que se opusieron a la reforma - ideólogos de izquierda, sindicalistas, directivos del Instituto del Seguro Social, proveedores públicos, etc.-<sup>7;8</sup>. Algunas de ellas proponían como alternativa expandir el aseguramiento a través del Instituto del Seguro Social<sup>8</sup>, siguiendo un proceso parecido al que han adoptado otros países de la región<sup>9</sup>.

Por otro lado, la reforma colombiana ha sido presentada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>10</sup> como una experiencia exitosa en la mejora del acceso a la atención a través del incremento de la cobertura de la afiliación. No obstante, el 38% de la población sigue sin estar afiliada a un seguro<sup>11</sup>, y la cartera de servicios del régimen subsidiado continúa siendo muy inferior a la del contributivo<sup>12;13</sup>.

El debate en torno a la reforma colombiana se ha enfocado en problemas en su mayoría alejados del acceso como los flujos financieros entre instituciones, la carencia de mecanismos efectivos de regulación e incentivos adecuados, la corrupción en la gestión de los fondos públicos por parte de las autoridades públicas, y el deterioro de los programas salud pública<sup>13;14</sup>.

En el ámbito del acceso a la atención, la discusión se ha centrado en las dificultades para extender la cobertura de la afiliación al seguro de salud de forma universal<sup>7;13;14</sup>. No obstante, la afiliación a un seguro es sólo una de las variables que capacitan para la utilización de servicios<sup>15</sup>. De hecho, se observa un aumento sostenido de quejas a la Superintendencia de Salud y a la Defensoría del Pueblo, y de las tutelas presentadas ante la Corte Constitucional contra las aseguradoras por los límites que introducen en la entrega de medicamentos, cirugías, pruebas diagnósticas, etc. tanto incluidas en el POS como fuera de cobertura<sup>12</sup>.

A pesar de que el acceso a los servicios de salud es una de las principales preocupaciones de las políticas de salud, en la literatura científica predomina la confusión sobre este término, así como la abundancia de distintos marcos conceptuales

para analizarlo. En general, se observan dos tendencias: aquellos autores que definen el acceso como el *ajuste entre las características de los servicios y las de la población*<sup>16;17</sup>, y los que lo equiparan con la *utilización de los servicios*<sup>15;18</sup>.

La mayoría de los estudios que se han realizado en Colombia para evaluar el acceso y la equidad se han basado en el análisis de la afiliación al seguro de salud. Las investigaciones sobre los determinantes de la utilización se concentran en las variables personales y en el contacto inicial con los servicios, ignorando las variables de contexto – políticas y características de la prestación a lo largo del continuo asistencial- que en modelos de competencia gestionada cobran un papel determinante<sup>19</sup>. Asimismo, pocos artículos, han evaluado el acceso desde la perspectiva de los usuarios o los profesionales<sup>20</sup>. Sin embargo, diversos autores proponen abordar el acceso también desde un enfoque metodológico cualitativo debido a que el análisis cuantitativo no lo consigue describir adecuadamente<sup>15-17;21</sup>.

Este estudio pretende mejorar la comprensión de las consecuencias de la introducción del modelo de competencia gestionada introducido en Colombia, mediante el análisis del acceso los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales. La investigación tiene como marco conceptual de referencia los modelos desarrollados por Aday y Andersen<sup>15</sup> y Gold<sup>19</sup> para el análisis del acceso. El primero distingue entre factores relacionados con las políticas, las características de la población y de los proveedores que influyen en el acceso a los servicios de salud. El segundo intenta capturar mejor cómo las formas organizativas desarrolladas en modelos de *managed care* afectan el acceso, incorporando factores relacionados con las aseguradoras.

La tesis se encuentra organizada en diversos apartados. En el primero se presentan los antecedentes en los que se analizan los elementos que caracterizan el modelo de competencia gestionada y su implementación en el contexto latinoamericano; se describe el sistema de salud en Colombia a partir de las funciones y actores principales; se realiza una revisión de la literatura sobre marcos de análisis de acceso desarrollado bajo los enfoques de acceso como ajuste y utilización de servicios; y finalmente se efectúa una revisión sistemática de estudios de acceso en Colombia a partir del marco de Aday y Andersen<sup>15</sup>.

A continuación se presenta la justificación, preguntas y objetivos de la investigación. En la siguiente sección se expone el diseño metodológico del estudio basado en un estudio de casos, la descripción de las áreas del estudio que aporta información del contexto relevante para la interpretación de los resultados, el diseño de la muestra, la técnica utilizada para la recogida de información y el análisis de los datos, los mecanismos de rigor, así como las limitaciones del estudio.

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los casos de estudio sobre barreras en el acceso a la atención en salud desde la perspectiva de los actores sociales y estrategias para mejorar el acceso, de acuerdo con los marcos de análisis que se tuvieron en cuenta durante la investigación. En primer lugar se presentan los dos casos correspondientes al régimen subsidiado y usuarios no asegurados, y posteriormente los casos del régimen contributivo.

Los resultados obtenidos se discuten analizando los ejes principales que determinan los factores y actores que dificultan el acceso. A continuación se presentan las principales conclusiones y recomendaciones para la mejora del acceso en el sistema de salud colombiano.

Los apartados finales corresponden a las referencias bibliográficas utilizadas en el estudio, glosario de términos y los anexos que incluyen tablas con ejemplos de citas textuales de los informantes para enriquecer el discurso y garantizar la calidad de los datos, y las guías de las entrevistas para cada categoría de informantes.

El estudio no concluirá aquí sino que continua con una investigación más amplia que se inicia en el 2009 con el objetivo de analizar el impacto de diferentes tipos de redes integradas de servicios de salud en el acceso a la atención y la eficiencia en contextos y sistemas de salud diferente, en Colombia y Brasil<sup>22</sup>,.

## 1. El modelo de competencia gestionada (*managed competition*) en el contexto latinoamericano

Tras un periodo de expansión de los sistemas de salud públicos latinoamericanos, la crisis económica de los años ochenta se acompañó de los programas de ajuste estructural del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI)<sup>23</sup>: los países de la región debían reducir el gasto social a cambio de la extensión de créditos para financiar la deuda pública. A pesar de que se identificó la “mala asignación” (*mistargeting*), como causa de la escasa efectividad de las políticas estatales para responder a las necesidades básicas de los más necesitados, las nuevas políticas no se centraron en aumentar la eficiencia del sector público, sino en limitar su rol<sup>24</sup>. Se promovieron políticas de reducción de la pobreza basadas en la aceleración del crecimiento económico -dejando de lado los intentos de redistribución de la renta de décadas anteriores; la focalización del gasto público en los segmentos más vulnerables; y la participación del sector privado en la educación, salud y pensiones<sup>25</sup>.

En el ámbito de la salud, el Banco Mundial (BM) fue ganándole liderazgo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>26, 24</sup>. Tras un primer intento en África<sup>27</sup>, sus informes de 1989<sup>28</sup> y 1993<sup>29</sup> definieron los contenidos básicos de las reformas de salud que fueron introducidas en la región en la segunda etapa de la neoliberalización<sup>30</sup>: separación de las funciones de financiación y provisión, con disminución de la intervención del Estado en la provisión de bienes y servicios y fortalecimiento de su función reguladora; reorientación de la oferta pública priorizando la prestación de servicios básicos de bajo coste para el control de algunas enfermedades para los más necesitados; descentralización de los servicios; introducción de mecanismos basados en la competencia (cuasi-mercados) y la recuperación de costos o cobro de servicios para mejorar la eficiencia; y el estímulo a la privatización, sobre todo de la atención médica y de la gestión del aseguramiento<sup>24;29</sup>.

Una de las reformas promovidas, relacionada con la financiación y organización del sector salud, ha sido el modelo denominado *competencia gestionada -managed*

*competition* o *pluralismo estructurado* en versión latinoamericana- que surgió en Estados Unidos y ha sido ampliamente adaptado en el contexto latinoamericano<sup>24</sup>, con la expectativa de mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención<sup>3</sup>.

Alain Enthoven fue el primero en formular el concepto de competencia gestionada en los años 70 en el contexto de un sistema de salud privado y muy fragmentado como el norteamericano, que posteriormente sería incorporado en el paquete de reformas que pondría en marcha la administración Clinton<sup>31</sup>. La competencia gestionada se definiría como un mercado de aseguramiento en salud en el que las aseguradoras están sujetas a un esquema de regulación para fortalecer el funcionamiento del mercado y minimizar problemas como la selección de riesgos, la fragmentación del mercado, la discontinuidad del aseguramiento, etc.<sup>5</sup>.

En América Latina, la introducción de modelos de competencia gestionada acompañó el proceso de liberalización de los Seguros Sociales y también se introdujo en el sector privado<sup>32</sup>. Ejemplos de este tipo de reformas se encuentran en países como Chile, República Dominicana o Uruguay, aunque Colombia se ha convertido en el ejemplo paradigmático de este tipo de modelos en la región. Chile implementó en 1981 un sistema de aseguramiento privado –ISAPREs- por el que podían optar trabajadores con salario elevado y que recibía una transferencia de fondos públicos -se trasladaba la contribución obligatoria a la ISAPRE elegida (*opting-out*)<sup>33</sup>-, mientras que el resto de la población debía ser cubierto por la aseguradora pública, FONASA<sup>32</sup>. En Uruguay, el sector público cubre aquella población que no ha podido comprar un seguro de salud con alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)<sup>32</sup>. En Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993, se realizó una reforma radical con la introducción de administradoras de fondos públicos -Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)- que debían garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen, a cambio de un pago per cápita<sup>32</sup>. En 2001, República Dominicana puso en marcha<sup>34</sup> un sistema muy parecido al colombiano.

### 1.1. Los elementos del modelo de competencia gestionada

Aunque cada país ha desarrollado una adaptación del modelo, se encuentran tres elementos comunes<sup>24</sup>: a) la separación de la financiación y provisión de los servicios de salud b) la introducción de intermediarios públicos y privados para la gestión del aseguramiento que, a cambio de una asignación per cápita, se responsabilizan de proporcionar una cartera de servicios a la población afiliada, mediante la provisión directa o contratación con proveedores públicos o privados. Algunos autores denominan esta función "articulación"<sup>35</sup>; y c) la introducción de un marco de regulación para corregir los fallos del mercado<sup>31</sup>.

Londoño y Frenk<sup>35</sup>, sitúan la función de articulación entre las funciones de financiación y provisión, abarcando actividades como la compra de servicios para la población afiliada, la organización de las redes de proveedores, la asignación de recursos a los proveedores, la gestión de la calidad de la atención, la especificación de paquetes explícitos de beneficios o intervenciones, y en algunos casos, la afiliación al seguro de salud<sup>35</sup>.

En el modelo de competencia gestionada, la afiliación a la administradora de fondos es en teoría voluntaria. Es decir, los individuos pueden escoger libremente a qué entidad afiliarse, por lo que las administradoras compiten entre sí por la población asegurada para maximizar sus ingresos económicos<sup>35</sup>.

En la versión latinoamericana o modelo de pluralismo estructurado<sup>35</sup>, el Ministerio de Salud se encargaría de la rectoría de todo el sistema, definiendo el paquete de prestaciones al que tienen derecho los afiliados, su precio y las condiciones de acceso al mismo, determinando los criterios de acreditación de los agentes y controlando su producción y actividad<sup>35</sup>. La función de financiación correspondería a la Seguridad Social, que gradualmente se extendería para alcanzar la universalización del seguro público<sup>35</sup>. La función de articulación la desempeñarían las administradoras de fondos, que competirían en la afiliación de los asegurados. Finalmente, la prestación de servicios se abriría a proveedores tanto públicos como privados<sup>35</sup>, que competirían por los contratos con las administradoras.

La implementación de este tipo de modelos requiere el desarrollo de sistemas de compra, mecanismos de evaluación de la calidad y sistemas de facturación, así como de sistemas de información para la identificación correcta de los individuos asegurados y su afiliación a cada administradora de fondos, y el conocimiento preciso de los costes de las intervenciones para el cálculo de la asignación capitativa<sup>36</sup>.

Una de las características de este tipo de modelos en países en los que se ha desarrollado como EEUU es la conformación de redes integradas de servicios de salud. Es decir, redes de organizaciones que ofrecen un continuo de servicios de salud coordinados a una población determinada y se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población<sup>6</sup>. Las redes se pueden organizar a partir de un hospital, un grupo de médicos, por una combinación de ambos, y finalmente por una aseguradora<sup>6</sup>. Las redes integradas de servicios en este tipo de entornos competitivos pueden adoptar diferentes formas de organización de la atención, “*managed care*”, como las HMOs (Organizaciones de Mantenimiento de la Salud) o las PPOs (Organizaciones de Proveedores Preferenciales)<sup>37</sup>. Las formas de relación que pueden adoptar las organizaciones que conforman estas redes – aseguradoras y proveedores- pueden ser diversas: desde la completa propiedad de todas sus partes (absorciones y fusiones) a distintos tipos de relaciones contractuales<sup>38</sup>. Este tipo de organizaciones emplean estrategias de control de la atención como la gestión de la demanda por parte de un médico que actúa como portero del sistema, el uso de guías de práctica clínica, la revisión de prescripción, el control de las derivaciones que incluye la preautorización de determinados tratamientos y el pago capitativo<sup>39</sup>. Se diferencian del esquema de aseguramiento tradicional en el que la aseguradora se limita a financiar la atención que recibe el asegurado a través de un pago por servicio (FFS)<sup>32</sup>.

## **1.2. El impacto teórico en la equidad de acceso y la eficiencia**

La competencia en el aseguramiento y la provisión ha sido contemplada como un mecanismo para incrementar la contención de costes, la eficiencia, la satisfacción entre los usuarios y los proveedores, la libre elección y el acceso a la atención de la salud<sup>40</sup>. Teóricamente, la introducción de elementos de competencia en entornos públicos contribuiría a resolver la ausencia de incentivos a la eficiencia que se ha atribuido tradicionalmente a los modelos públicos con integración en la compra y provisión –poca

transparencia en precios, cantidades y calidades-, pero manteniendo las ventajas de los sistemas públicos de salud - control central sobre el gasto en salud, acceso a un paquete de servicios y rol central de la política pública en la determinación de las necesidades y la asignación de recursos<sup>41</sup>. Según este marco teórico, la competencia por los pacientes incentivaría a que los agentes ofrezcan servicios de una mayor calidad que sus competidores y a que busquen eficiencia en los costes que les permita ofrecer menores precios o primas que sus competidores<sup>42</sup>.

Otros de los argumentos que con frecuencia se han utilizado a favor de la competencia en el aseguramiento, es el incentivo a las aseguradoras a actuar como *agentes efectivos* en nombre de sus afiliados<sup>37</sup>. Es decir, contrarrestando el riesgo de demanda inducida por los proveedores motivado por la asimetría de información entre el proveedor y el usuario<sup>37</sup>.

No obstante, es difícil imaginarse un sector más alejado del ideal neoclásico de mercado competitivo - que requiere la entrada libre en el mercado, información libre y disponible sobre servicios, precios y calidades, y un número elevado de compradores y vendedores<sup>42</sup>- que el del aseguramiento y provisión de atención a la salud.

En el ámbito del aseguramiento, en los modelos que promueven la competencia a menudo se producen fallos que crean serios problemas de eficiencia y equidad de acceso. El más importante es la selección de riesgo – incentivos a evitar aquellos individuos cuyo coste esperado en la atención es más elevado que su precio o prima<sup>43</sup>. Las aseguradoras pueden usar diversas técnicas directas e indirectas para seleccionar riesgos bajos y rechazar riesgos elevados: cobrar primas y copagos más elevados a estos últimos, excluir de la cobertura condiciones preexistentes, no cubrir servicios que no sean rentables, ubicarse sólo en las áreas geográficas más rentables, ofrecer servicios de menos calidad a los afiliados menos rentables.

La selección de riesgos se ha relacionado con el carácter lucrativo de las aseguradoras<sup>43</sup>, con una financiación de estas entidades independiente de los costes esperados de la atención (por ejemplo a través de una cápita)<sup>42</sup> y con un número elevado de competidores.

En estos casos las aseguradoras también pueden responder limitando la cobertura, o disminuyendo la prestación de servicios (“*underprovision*”)<sup>b</sup>, tal y como han demostrado algunos estudios aleatorizados en EEUU<sup>45</sup>. Tanto la selección de riesgos como la disminución de la prestación y/o calidad de los servicios tienen consecuencias negativas para el acceso de la población. En este sentido, las revisiones sistemáticas de estudios cuantitativos que comparan el acceso de las organizaciones de *managed care* en EEUU con los modelos de aseguramiento tradicional (FFS) también muestran peores resultados en indicadores de acceso potencial como el porcentaje de asegurados con una fuente regular de atención, la facilidad en contactar con su proveedor habitual, la facilidad en conseguir una cita o la accesibilidad geográfica<sup>46;47</sup>. Aunque los resultados sobre acceso realizado (número de visitas, hospitalizaciones, etc.) no muestran diferencias significativas<sup>46</sup>.

Además de estos problemas, algunos autores señalan el aumento de los costes de transacción<sup>43</sup> y la complejidad de la gestión de la atención, como resultado de la competencia entre las redes y de la existencia de múltiples aseguradoras con sus redes de provisión<sup>42</sup>. Por ejemplo, un problema manifestado por los proveedores en EEUU ha sido la complejidad de administrar los diferentes planes de seguro de los pacientes que atienden, o de la variedad de planes y protocolos que deben seguir según el plan<sup>42</sup>.

En el ámbito de la provisión, los modelos organizativos basados en la competencia también presentan fallos que pueden erosionar el acceso a los servicios de salud. Los más comunes son la existencia de poder de mercado y la demanda inducida por la información asimétrica entre compradores y proveedores. En relación al primero, los proveedores con poder de mercado (por ejemplo monopolios locales) pueden ejercer este poder para elevar los precios de los servicios y disminuir las cantidades o calidades de los servicios<sup>43</sup>. En cuanto a la información asimétrica, los proveedores pueden aprovechar su mayor información sobre costes y calidades que la que poseen los compradores de servicios, para seleccionar riesgos o proporcionar menos servicios o de menor calidad a los pacientes<sup>43</sup>.

---

<sup>b</sup> Algunos autores contemplan la disminución de la provisión y calidad de servicios (cuánto tratamiento proveer) como un tipo selección de riesgo, junto con la de pacientes<sup>44</sup>.

Los defensores de los modelos de competencia gestionada – basados en la competencia en el aseguramiento y la provisión - mantienen que bajo un marco regulatorio apropiado, se pueden corregir estos fallos de mercado<sup>48</sup>. La solución que los teóricos proponen para resolver los problemas de selección de riesgo y disminución de la prestación de servicios son por un lado el ajuste de la cápita, y por otro la estandarización de los paquetes de beneficios y la evaluación de la calidad. No obstante, diversos autores muestran la dificultad de encontrar un esquema de ajuste que evite la selección de riesgos, así como la complejidad de regular mercados de aseguramiento en países como EEUU, especialmente por los problemas de información asimétrica<sup>5</sup>. En países con un funcionamiento débil del Estado – información escasa, capacidad administrativa baja-, la regulación se vuelve aún más problemática<sup>49</sup>, con lo cual los costes que generan estos fallos serían muy superiores a los beneficios teóricos<sup>41</sup>.

### **1.3. El impacto en la equidad de acceso y eficiencia en el contexto latinoamericano**

El modelo de competencia gestionada fue y sigue siendo promovido en Latinoamérica, a pesar de la controversia que ha generado por carecer el respaldo tanto de la evidencia científica como del consenso social –en algunos países se organizaron campañas públicas en contra de la gestión de servicios públicos por aseguradoras privadas<sup>50</sup>.

Esta política ha sido considerada como una oportunidad de mejorar la cobertura en el aseguramiento, el acceso y la eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica<sup>32</sup> por un número amplio de organismos internacionales que le han dado soporte - BM<sup>29</sup>, OMS<sup>1;10</sup>-. Sin embargo, después de los esfuerzos en implementar el modelo de competencia gestionada, no se ha realizado hasta el momento una evaluación de su impacto en la equidad y eficiencia, y otros aspectos como la repercusión de estos modelos en la cobertura del aseguramiento en salud y el acceso realizado permanecen sin resolver<sup>51</sup>. Algunos resultados parciales disponibles parecen indicar más bien que no se ha obtenido el impacto deseado<sup>51</sup>.

En cuanto al acceso potencial a los servicios, las tasas de afiliación, indicador que se utiliza para mostrar el éxito de estas reformas, siguen siendo bajas: 67,4% en Chile<sup>52</sup>; 21% en República Dominicana<sup>53</sup>; 46,6% en Uruguay<sup>54</sup>; incluso en Colombia, país que se utiliza como ejemplo del incremento en la cobertura tras la reforma, sólo el 61,8% de

la población está afiliada y sólo un 39% al régimen contributivo<sup>11</sup>. Además, es importante resaltar que la cobertura de seguro no equivale a acceso a una atención adecuada<sup>55</sup>. Una importante fuente de inequidad es la diferencia entre los paquetes de beneficios para los diversos segmentos de población, junto con la concentración de la afiliación a los regímenes más generosos en los quintiles de renta más elevados. Así, en Colombia, los beneficios que disfrutaban los afiliados al régimen subsidiado - precisamente aquella población con un menor nivel de ingresos y con peores niveles de salud- no alcanzan el 70% del régimen contributivo<sup>12,13</sup>. En Chile y Uruguay, las aseguradoras también ofrecen paquetes más amplios que el sistema público<sup>32</sup>, especialmente en atención especializada. La probabilidad de acceder al régimen contributivo o al aseguramiento de ISAPRES y Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) es mucho menor para la población con menos renta: en Colombia el 6,1% de la población del primer quintil de renta más baja está asegurada, frente al 78,9% del último quintil<sup>56</sup>. En Chile, la mayoría de las personas de los primeros cuatro quintiles están afiliados al sistema público y sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor afiliación a las ISAPRES<sup>57</sup>.

La introducción de la competencia en el aseguramiento tampoco parece haber revertido en un mayor acceso realizado a los servicios públicos. En Colombia, se registra una disminución de la utilización por la población no afiliada<sup>56</sup> que antes de la reforma era atendida por el sector público. En Uruguay y Chile la diferencia en las tasas de utilización se encuentra en la atención especializada<sup>58</sup>, que, por ejemplo, en este último, es tres veces mayor en el decil de renta más alto que en el más bajo<sup>59</sup>.

En cuanto al impacto en la eficiencia, los costes administrativos que se genera en este tipo de modelo por la existencia de múltiples pagadores, parecen ser una fuente de ineficiencia: en Chile, estos costes significan un 19% del gasto anual de las ISAPRES<sup>50</sup>; y en Colombia alcanzan el 17% del gasto en salud<sup>60</sup>. En un modelo sanitario de único pagador, como por ejemplo el canadiense, equivalen a un 8-11% del gasto<sup>61</sup>. Otra de las fuentes de ineficiencia relacionada con la competencia en el aseguramiento es la selección de riesgo. En Chile, por ejemplo, los mayores de 65 años se concentran en mayor medida en el sistema público (FONASA), con un 86,1% y menos en las ISAPRES (3,2%)<sup>62</sup>.

## 2. El modelo de competencia gestionada en Colombia

Colombia contaba en 1993 con un sistema de salud segmentado por grupos de población, en función de la capacidad adquisitiva y estatus laboral, en el que cada subsistema funcionaba autónomamente con integración vertical de las funciones de financiación y provisión<sup>12</sup>: el seguro obligatorio que atendía a trabajadores formales o asalariados y empleados públicos, a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y diversas Cajas de Seguros; el sistema público, a cargo del Ministerio de Salud, dirigido a la población con menos recursos, empleados fundamentalmente en la economía informal; y el sistema privado –consultorios, clínicas y seguros privados- para la población con poder adquisitivo.

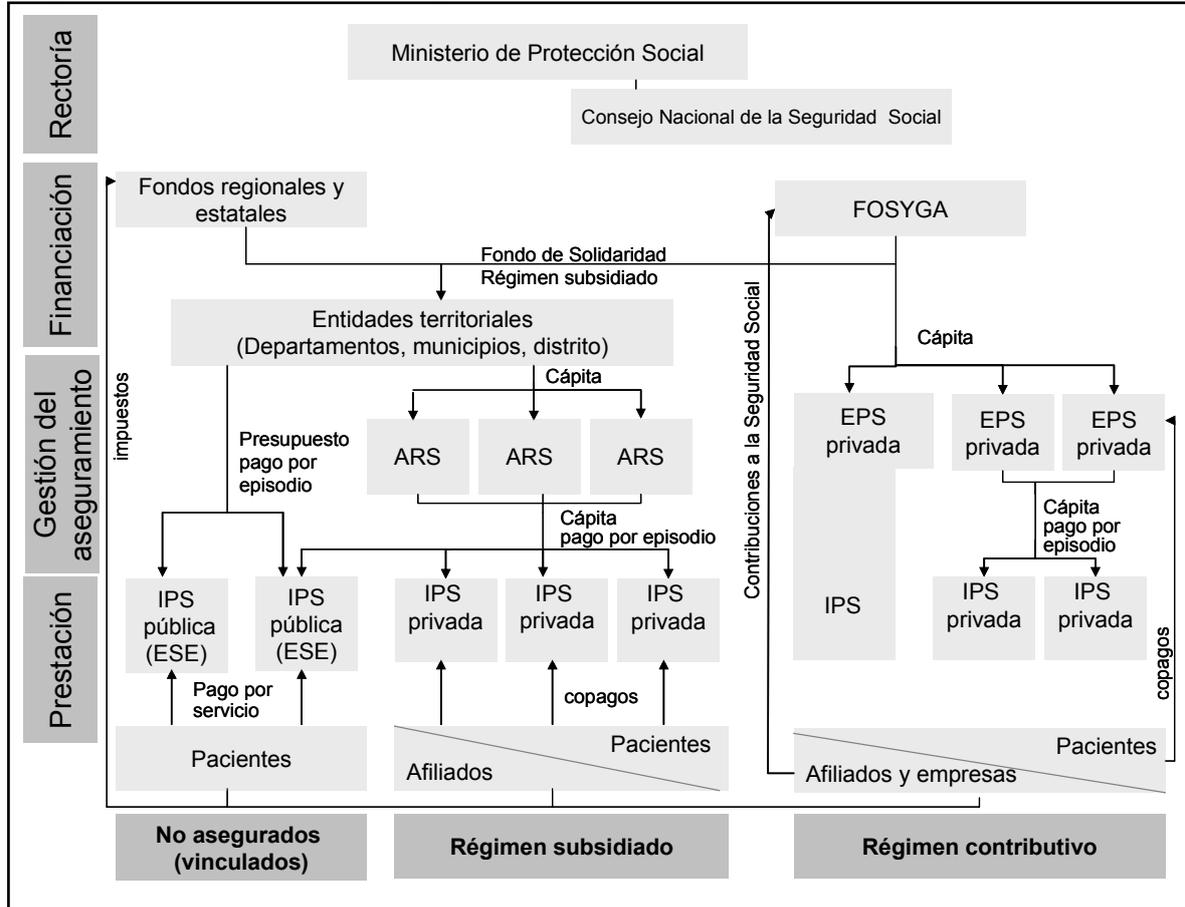
Durante la década de los noventa inició una reforma de su sistema de salud con el objetivo de garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad<sup>7</sup>. Este proceso tuvo dos etapas: con la Ley 10 de 1990 se fortaleció la descentralización política y administrativa del sistema público de salud, dándole más competencias sobre la atención primaria a los gobiernos municipales, y sobre los hospitales de segundo y tercer nivel a los departamentos; y con la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo modelo de aseguramiento público: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El SGSSS está comprendido por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población con menos capacidad económica. La población que no logra ser afiliadas en ninguno de los dos regímenes se denomina “vinculada”, y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin.

El SGSS fue diseñado siguiendo un modelo de competencia gestionada<sup>7</sup>. Las funciones del sistema están separadas y son ejercidas por actores independientes: las de rectoría y financiación son responsabilidad directa del Estado; la gestión del aseguramiento, es llevada a cabo por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) para el régimen subsidiado; y la provisión es desarrollada por Instituciones Prestadoras de Servicios de

Salud (IPS). En la Figura 1-1 se presenta gráficamente, y de una manera simplificada, el modelo introducido.

**Figura 1-1. Modelo de competencia gestionada en el sistema de salud de Colombia**



FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía; EPS: Empresa Promotora de Salud; ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; ESE: Empresa Social del Estado

Fuente: elaboración propia

El modelo diseñado plantea la competencia, por una parte, entre las aseguradoras por la afiliación de la población que teóricamente escoge la entidad con la que quiere asegurarse, y por otra parte, entre los proveedores por el establecimiento de contratos con las aseguradoras<sup>63</sup>. Tanto en el ámbito del aseguramiento como en el de la provisión, se permitió y estimuló la entrada de instituciones privadas, con y sin ánimo de lucro<sup>64</sup>.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contempla un Plan General de Beneficios que incluye el Plan Obligatorio de Salud (POS) y un Plan de Atención Básica (PAB). El POS, que contempla las prestaciones a las que tiene derecho la

población afiliada al SGSSS, es gestionado por EPS y ARS a cambio de una asignación capítativa. El POS para la población asegurada al régimen contributivo es más extenso que para los afiliados al seguro subsidiado (POS-S). El PAB contempla prestaciones de promoción y prevención colectiva de la salud, y su cobertura es responsabilidad de los municipios<sup>14</sup>. La Ley 100 de 1993 reconoce además la posibilidad de que cualquier colombiano pueda acceder a la atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, así como a la atención inicial de urgencias. También autoriza a las EPS a ofrecer Planes Adicionales de Salud, que son financiados con los recursos de los usuarios<sup>65</sup>.

La reforma contemplaba, tras una etapa de transición, la universalización del acceso a la SGSSS (artículo 162 de la Ley 100/93), y la equiparación de los planes de beneficio contributivos y subsidiados<sup>66</sup>. Ambos objetivos no se han alcanzado, con lo cual el sistema de salud sigue siendo segmentado en función del estatus laboral y capacidad de pago de la población.

El proceso de reforma de salud colombiano ha sido el resultado de un largo y complejo proceso de construcción de política sectorial<sup>7</sup>. Los efectos se sintieron de forma inmediata y traumática, sobre todo por parte de las instituciones proveedoras del sector: se liquidaron más de 1.000 cajas de previsión social que administraban la seguridad social – el último en desaparecer fue el Instituto del Seguro Social en el 2007-; muchas administradoras del régimen subsidiado quebraron o fueron liquidadas, así como alguno de los hospitales públicos más grandes del país<sup>7</sup>.

La implementación de la reforma se ha acompañado de un incremento significativo del gasto público total en salud – incluyendo el gasto en seguridad social en salud- que ha pasado del 3% del PIB en 1993 al 6,6% en 2007. El crecimiento del gasto ha tenido lugar principalmente en los primeros años de la reforma, estabilizándose en los años posteriores<sup>67</sup>. Esto se refleja en la tendencia del gasto en salud per cápita en dólares constantes, que se incrementa de 102\$ a 317\$ en el periodo 1993-1997, disminuyendo hasta 111\$ en el año 2003<sup>67</sup>, casi al mismo nivel antes de la reforma.

El último de los hitos en este proceso de reforma ha sido la promulgación de la Ley 1122 de 2007, en un intento de responder a algunas de las críticas que diferentes

sectores manifestaban acerca del modelo diseñado en relación a temas como la cobertura, acceso, y calidad<sup>68</sup>. La falta de consenso entre actores del sistema acerca del sistema de seguridad social deseado, no obstante, tuvo como consecuencia que la Ley 1122, quedara lejos de las expectativas iniciales<sup>68</sup>, y que sólo introdujera cambios importantes en los órganos que ejercen la rectoría del sistema.

A continuación se describen con más detalle las principales funciones del sistema, los agentes y las relaciones entre ellas, que conforman el modelo organizativo del sistema de salud público en Colombia.

## **2.1. Financiación**

### ***Fuentes de financiación***

Las fuentes principales de financiación del Sistema General de de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son las cotizaciones obligatorias, los copagos y cuotas moderadoras, y en menor medida otros ingresos públicos como los impuestos. Estos recursos son administrados por un fondo central: el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, y los Fondos Territoriales de Salud (FTS). El FOSYGA se subdivide en cuatro subcuentas: la de compensación interna del régimen contributivo, la de solidaridad del régimen subsidiado en salud, la de promoción de la salud y la de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)<sup>65</sup>. Cada subcuenta se maneja de manera independiente, capitalizando sus rendimientos financieros, previo cumplimiento del presupuesto definido para su funcionamiento.

El régimen contributivo se financia principalmente a través de las cotizaciones obligatorias que se aplica a los afiliados, equivalente a un máximo del 12,5% del salario base de cotización- 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador-<sup>69</sup>. En el caso de trabajadores independientes o pensionados, éstos deben asumir de manera íntegra la cotización del 12,5% <sup>65</sup>. Estos aportes son recaudados por las EPS, quienes a través de un proceso de cruce de cuentas, compensan con el FOSYGA la diferencia entre el monto recaudado y la asignación capítativa establecida por afiliado o Unidad de Pago Capítado (UPC). La UPC es la cantidad monetaria que el SGSSS asigna a la EPS

por cada individuo afiliado a cambio de cubrir las prestaciones incluidas en el paquete de beneficios<sup>7</sup>.

La Ley 100 también establece cuotas moderadoras con el objeto de regular la utilización de servicios, que se aplican sobre los afiliados del régimen contributivo que utilizan los servicios, y copagos que se aplican sobre los beneficiarios de los cotizantes (cónyuges, hijos, etc.) con la finalidad de ayudar a financiar el sistema<sup>70</sup>. Son susceptibles de cobro de cuota moderadora servicios como la consulta externa médica, los medicamentos para tratamientos ambulatorios, los exámenes diagnósticos y la atención urgente. En cuanto a los copagos se establecen sobre todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil y enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo y atención inicial de urgencias. Según la Ley, los copagos y las cuotas moderadoras no pueden aplicarse simultáneamente sobre un servicio. Ambos se aplican teniendo en cuenta el ingreso base del afiliado<sup>71</sup>. Por ejemplo, para afiliados cotizantes cuyo ingreso sea menor a dos salarios mínimos legales mensuales (318€ en 2007), la cuota moderadora por servicio es el 11,7% de un salario mínimo diario legal vigente (1,24€ por servicio). Para el mismo nivel de ingresos, el valor del copago por servicio es del 11,5% de la tarifa pactada entre la EPS y la IPS, sin que este pueda superar el 28,7% de un salario mínimo mensual legal vigente (45,6€). El tope máximo anual para los copagos aplicados a los beneficiarios con este nivel de ingresos es un 57,5% del salario mínimo legal mensual (91,4€)<sup>71</sup>.

La recaudación de copagos y cuotas moderadoras, información a los usuarios sobre cuantías y la decisión sobre la frecuencia de aplicación recae sobre las EPS<sup>71</sup>.

El régimen subsidiado se financia con los recursos de la cuenta de solidaridad del FOSYGA, las transferencias para inversión social con destino a los municipios, las transferencias de salud dirigidas a los departamentos, el esfuerzo propio de los entes territoriales y los recursos de las cajas de compensación familiar. Los fondos de la subcuenta de solidaridad, proceden del 1,5% de los aportes de los afiliados del régimen contributivo y aportes del presupuesto nacional<sup>69</sup>. Para los usuarios afiliados al régimen subsidiado se han establecido copagos, de acuerdo con la clasificación otorgada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). El SISBEN es un instrumento

para obtener información socioeconómica y clasificar a la población de acuerdo con variables de calidad de vida. A los indigentes e indígenas, control prenatal, atención al parto y al niño durante el primer año de vida, no se aplican copagos. Para los clasificados con el nivel I, hasta el 2007, el copago máximo fue del 5% del valor del servicio, sin que esta cantidad pudiera exceder una cuarta parte del salario mínimo mensual vigente (39,7€ por servicio). La Ley 1122 de 2007 suprimió el copago para este grupo de población<sup>69</sup>. Para el nivel 2, el copago máximo es del 10%, y como máximo, la mitad de un salario mínimo (79,5€ por servicio)<sup>71</sup>.

En cuanto a la administración del régimen subsidiado, los recursos procedentes de la cuenta de solidaridad del régimen subsidiado del FOSYGA se giran a una cuenta especial de los fondos locales y seccionales, en donde también se recogen los aportes de las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos)<sup>8</sup>. Posteriormente, las direcciones de estas entidades territoriales (secretarías de salud, etc.) encargadas de los recursos del régimen, establecen contratos de administración de los subsidios en salud con las ARS y les asignan los recursos de forma capitativa<sup>44</sup>.

La subcuenta de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades obtiene recursos del 0,5% de los fondos que recaudan las EPS para el pago de acciones preventivas y de promoción, así como de los aportes que el Estado destina para el desarrollo de acciones colectivas para la salud. Finalmente, la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, financia el costo de las enfermedades crónicas y de alto costo, que no están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, a través de los ingresos generados a partir de los aportes de las primas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), de multas y sanciones y de otros rendimientos financieros<sup>12</sup>.

En cuanto a atención en salud de la población vinculada o no asegurada se financia a partir de recursos que reciben los municipios y departamentos del Estado, y de fondos propios de los entes territoriales. Las secretarías de salud de municipios y departamentos asignan estos recursos a los hospitales públicos encargados de proporcionar la atención, denominados *subsidios a la oferta*<sup>72</sup>. La población no asegurada debe realizar un pago por los servicios utilizados. En el caso de que tenga carné del SISBEN, aunque no esté afiliada a una ARS, se le aplican los mismos copagos

en función de su nivel socioeconómico que a la población asegurada al régimen subsidiado.

### ***Asignación de los fondos***

La Unidad de Pago Capitado (UPC) que se asigna tanto a EPS como ARS, se determina anualmente y se relaciona con el perfil epidemiológico de la población y el coste de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud correspondiente (POS o POS-S)<sup>73</sup>. La fórmula de ajuste de la cápita contempla variables como la edad, el sexo y residencia en Departamentos con dificultad en el acceso a los servicios de salud<sup>74</sup>. Desde 1999, el valor de la UPC ha crecido a un ritmo similar al del salario mínimo<sup>73</sup>. En el año 2007, la UPC del régimen contributivo era 134,7€, mientras que la del régimen subsidiado era casi la mitad, 75,8€.

## **2.2. Rectoría**

La función de rectoría, que comprende el aseguramiento, la regulación, la elaboración de políticas y la coordinación intersectorial, la ejerce diferentes organismos.

El *Ministerio de la Protección Social* es el ente regulador del sistema<sup>69</sup>, encargado de formular las políticas en materia de salud para todo el territorio nacional, establecer las normas científicas y administrativas sobre la calidad de los servicios de salud, el control de los factores de riesgo, que deben ser acatadas de manera obligatoria por las EPS, IPS y los entes territoriales – departamentos y municipios-, y formular y aplicar criterios de evaluación de eficiencia y calidad a EPS, IPS y entes territoriales, entre otras. El Ministerio de la Protección Social también asume con la Ley 1122 de 2007, la función de administración del Fosyga que ejercía anteriormente el *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)*<sup>68</sup>.

La Ley 1122 de 2007 crea la *Comisión de Regulación en Salud (CRES)*, unidad administrativa adscrita al Ministerio de Protección Social, para asumir algunas de las funciones de regulación que anteriormente ejercía el *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)*. Es responsable de las funciones de rectoría relacionadas con el aseguramiento: definir el Plan Obligatorio de Salud; establecer el monto de la

cotización y valor de la Unidad de pago por Capitalización (UPC); los regímenes de copagos y las cuotas moderadoras, definir los criterios generales de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, que deberán ser aplicados por departamentos y municipios; y establecer un sistema de tarifas de los servicios, que incluya los honorarios de los profesionales<sup>69</sup>.

El *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)*, pierde con la Ley 1122 muchas de las funciones de regulación asignadas por la Ley 100 de 1993 –definir el POS, las cotizaciones, valor de la UPC y copagos, entre otras-, y queda principalmente con un papel de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores; y de asesor del Ministerio y la Comisión de Regulación<sup>68</sup>.

Por último, la *Superintendencia Nacional de Salud* cumple con la función de control presupuestal y financiero, inspección y vigilancia de las entidades participantes en el SGSSS. Controla el uso de los recursos financieros por parte de las aseguradoras e IPS del sistema, así como las transferencias que realizan las entidades territoriales al sector salud. Otras funciones que cumple son la vigilancia de los sistemas de calidad en la prestación de servicios a las personas vinculadas al SGSSS, así como la inspección, vigilancia y control, sobre el aseguramiento en salud, para garantizar la adecuada afiliación y acceso a los servicios de salud, entre otras funciones.

El aseguramiento en salud viene definido por la determinación de los individuos beneficiarios de un sistema de salud, las prestaciones a las que tienen derecho y las condiciones de acceso a las mismas. Estos elementos son diferentes para el seguro contributivo y subsidiado.

### **Régimen contributivo**

#### *Población beneficiaria*

Se consideran como beneficiarios del régimen contributivo, los trabajadores con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionistas, con ingresos superiores a un salario mínimo mensual (154€ en 2007). De igual manera, son beneficiarios aquellos

trabajadores independientes con capacidad de pago que devengan más de dos salarios mínimos<sup>65</sup>. El seguro contributivo tiene cobertura familiar, siendo beneficiarios el cónyuge o compañera permanente, los hijos menores de 18 años, los hijos con discapacidad, y los hijos menores de 25 años en condición de estudiantes.

La afiliación puede ser individual o colectiva, a través de las empresas, gremios o por asentamientos geográficos<sup>75</sup>.

#### *Cartera de servicios: el Plan Obligatorio de Salud (POS)*

El POS incluye los servicios de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que sean definidos. Los servicios excluidos del POS son la cirugía estética y la ortodoncia<sup>65</sup>. Según algunos autores el POS cubre cerca del 90% de las patologías propias del perfil epidemiológico del territorio colombiano<sup>12</sup>.

La ley establece que los servicios ofrecidos en el POS pueden ser modificados, de acuerdo a los cambios que se evidencien en la población desde el punto de vista de su estructura demográfica, el perfil epidemiológico y los cambios tecnológicos y financieros del sistema.

#### *Condiciones de acceso al POS*

Para el acceso a los servicios de alto costo contemplados en el POS, se han definido unas semanas mínimas de cotización que no excederán las 100 semanas. De ésta cifra, 26 deben haberse pagado en el último año. Para periodos inferiores de cotizaciones, el acceso a los servicios requerirá que los usuarios efectúen un copago de acuerdo con su capacidad socioeconómica<sup>76</sup>.

En el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos (MAPIPOS) del Ministerio de Protección Social <sup>77</sup> se establecen algunas normas que regulan el acceso como la atención por niveles asistenciales, las actividades, intervenciones y procedimientos que se pueden proporcionar en cada uno de los niveles; la definición de

la puerta de acceso a las redes de servicios – el primer nivel o el servicio de urgencias -; algunas normas relacionadas con la derivación a otros niveles – hoja de derivación, desplazamiento, etc.-, y con la atención urgente. En este último caso se establece que todos los establecimientos públicos o privados deben atender obligatoriamente los casos urgentes en su fase inicial aunque no exista un convenio o autorización de la EPS<sup>77</sup>.

## **Régimen subsidiado**

### *Población beneficiaria*

Son beneficiarios del régimen subsidiado las personas que no tienen capacidad de pago para cubrir el monto total de su cotización, esto es, la población no asalariada que no puede pagar el 12,5% del salario base de cotización, ya sea mediante aportes individuales o por parte de otros miembros de su familia<sup>65</sup>.

Los usuarios del régimen subsidiado corresponden a la población clasificada en los niveles 1 y 2 de pobreza, según el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). Dentro del grupo de población beneficiaria por su nivel socioeconómico, el régimen subsidiado da prioridad en su afiliación a la población más vulnerable: la mujer en periodo de gestación y lactancia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, y los desempleados<sup>65</sup>.

La población clasificada en el nivel 3 del SISBEN puede afiliarse al régimen subsidiado mediante un subsidio parcial que da derecho a recibir algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S. La ley establece que los subsidios parciales no pueden ser inferior al 50% de la UPC de los subsidios totales del régimen subsidiado<sup>69</sup>.

La identificación de los beneficiarios y la afiliación a una administradora del régimen subsidiado es competencia de los municipios a través de sus Secretarías de Salud<sup>78</sup>. La calidad de afiliado al régimen subsidiado se pierde cuando se cumplen los requisitos para pertenecer al régimen contributivo, o por la interrupción del pago de los aportes obligatorios (copagos)<sup>79</sup>.

### *El Plan Obligatorio de Salud (POS-S)*

El Paquete de beneficios obligatorio para los afiliados al régimen subsidiado (POS-S) incluye principalmente prestaciones de atención de primer nivel y para enfermedades de alto costo, dejando fuera un gran número de patologías y la cobertura de servicios a lo largo de un mismo episodio de enfermedad<sup>80;81</sup>. A pesar de que la ley 100 contemplaba la incorporación progresiva al plan de los servicios de segundo y tercer nivel, y su equiparación al POS del régimen contributivo para el año 2000, esto no se ha producido. Algunos autores estiman que la cobertura del POS-S contempla aproximadamente un 70% de los beneficios del contributivo<sup>12;13</sup>.

La Ley 100 dispone que mientras no se produzca la equiparación de los planes, la población debe recibir los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos y en los hospitales privados contratados por los entes territoriales<sup>8</sup>. Por tanto, los individuos para un mismo episodio de enfermedad pueden recibir unos servicios en la red de prestadores contratados por las ARS (primer nivel y alto coste), y otros (resto de niveles) en los hospitales contratados por las secretarías de salud<sup>8</sup>.

### **Población no asegurada o vinculada**

La población vinculada son los beneficiarios que no están afiliados al SGSSS, mediante ningún acto administrativo, contrato, resolución, carné y que tampoco acreditan ningún tipo de cotización a una EPS o una ARS<sup>8</sup>. Su atención debe ser provista por aquellas instituciones públicas y privadas que tengan contrato con las direcciones de salud de los entes territoriales<sup>75</sup>. Para acceder a estas prestaciones, la población no asegurada debe realizar un pago directo.

### **2.3. La gestión del aseguramiento**

La gestión del aseguramiento lo llevan a cabo, para el régimen contributivo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y para el subsidiado, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Las EPS, pueden actuar como aseguradoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, con requisitos de capital o fondo social mayores a los exigidos a las ARS<sup>65</sup>.

### **Las Entidades Promotoras de Salud**

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen como funciones principales la afiliación, registro de afiliados y recaudación de sus cotizaciones por delegación del FOSYGA, así como garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados de manera directa o indirecta.

Las EPS pueden ser públicas o privadas. Las privadas son organizaciones con o sin ánimo de lucro, con grandes inversiones de capital. Las EPS públicas son empresas comerciales e industriales del Estado y generalmente corresponden a las antiguas cajas de previsión que se convirtieron o se adaptaron para ello<sup>65</sup>.

### **Las Administradoras de Régimen Subsidiado**

Las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), son las empresas encargadas de garantizar la prestación de servicios a los beneficiarios del régimen subsidiado, mediante la contratación de servicios con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Las ARS pueden ser públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro, adoptando dentro de esta última categoría diversas fórmulas jurídicas como las Empresas Solidarias de Salud (ESS) o las Cajas de Compensación Familiar (CCF). Las ARS públicas están delimitadas en su ámbito político-administrativo (departamental y municipal); las ARS tipo Caja de Compensación Familiar, se circunscriben al ámbito departamental, en tanto que las ARS privadas con ánimo de lucro y las solidarias, no tienen este límite territorial<sup>44</sup>.

Con el fin de disminuir el número de ARS y para reducir los costes de inspección, vigilancia y control, el Gobierno expidió el Decreto 1804 de 1999, que estableció nuevos requisitos de acreditación a las ARS. Entre ellos, un porcentaje máximo de gastos administrativos, y un número mínimo de 200.000 afiliados.

## 2.4. Provisión de servicios de salud

La provisión de servicios de salud está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que pueden ser entidades públicas o privadas, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del SGSSS.

Las IPS públicas han adoptado la fórmula de Empresas Sociales del Estado (ESE), figura creada por la ley 100 de 1993. Las ESE son entidades públicas descentralizadas, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Las IPS públicas de I nivel<sup>c</sup> están adscritos territorialmente y deben rendir cuentas ante las secretarías de salud municipales - si el municipio ha obtenido el certificado para asumir la responsabilidad de administrar los hospitales de primer nivel-. Las IPS públicas de más complejidad están adscritas a los departamentos.

Los hospitales de la antigua red pública de servicios de salud, transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), han llevado a cabo un proceso, aún en curso, de transformación de su financiamiento, desde el subsidio a la oferta al subsidio a la demanda. Esto es, una disminución de los aportes directos del Estado por la vía presupuestaria, y su sustitución por la financiación a través de contratos con las administradoras, principalmente del régimen subsidiado. De esta forma, la red pública compite con el sector privado en la provisión de servicios<sup>65</sup>. Como una estrategia de protección, se estableció que las ARS debían contratar como mínimo un 40% de su demanda con hospitales de la red pública<sup>63</sup>, cifra que fue ampliada en el 2007 hasta el 60%<sup>69</sup>.

Las IPS de naturaleza privada, son entidades particulares con o sin ánimo de lucro, que están en capacidad de ofrecer sus servicios a las EPS y ARS, y de efectuar contratos con las entidades territoriales para financiar pacientes de escasos recursos.

La Ley 100 de 1993 posibilita, en el régimen contributivo, que la EPS preste los servicios directamente o contratándolos con instituciones prestadoras (IPS). Esta

---

<sup>c</sup> Las IPS de I nivel son centros de atención primaria de salud que además de prestar los servicios básicos de salud cuentan con un servicio de hospitalización para patologías de baja complejidad, bajo la atención de médicos generales. En este estudio se usarán también los términos de hospital de I nivel y atención primaria para referirse a este primer nivel de atención.

situación ha permitido la creación de IPS por parte de las EPS, compras, fusiones y otro tipo de integración vertical entre el aseguramiento y la prestación de servicios<sup>82</sup>. Con el objetivo de regular la integración vertical, la Ley 1122 de 2007 introdujo un límite para la misma, de forma que las EPS no pueden contratar con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud<sup>69</sup>. En el régimen subsidiado, la integración entre la prestación y el aseguramiento no está permitida.

El modelo de atención que establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos (MAPIPOS)<sup>77</sup> jerarquiza los servicios por niveles asistenciales. El acceso al servicio debe ser por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello. Dentro de este marco genérico, las aseguradoras son las responsables de definir cómo se organizan y relacionan los servicios que comprenden las redes que organizan.

### 3. El acceso a los servicios de salud: una revisión de los marcos conceptuales

#### 3.1. El concepto de acceso a los servicios de salud

A pesar de que el acceso a la atención a la salud es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, y uno de los términos que aparecen con mayor frecuencia en las discusiones sobre los sistemas de salud, la mayoría de los autores coinciden en señalar que se trata de un concepto mal definido<sup>16;83</sup>. Se observa la tendencia a usar indistintamente este término y otros como, “disponibilidad”, “accesibilidad”<sup>17</sup>, “búsqueda de atención”, o confundirlo con algunos de sus componentes como el de cobertura en el aseguramiento o proximidad geográfica de los servicios de salud<sup>18</sup>.

Por otro lado, el concepto de acceso, su definición y medición, varía con el tiempo y el contexto geográfico, reflejando los cambios en las preocupaciones y objetivos de las políticas de salud<sup>15</sup>. La preocupación de los poderes públicos en el ámbito de acceso ha estado estrechamente ligada al objetivo de mejorar la equidad en el acceso al sistema de salud<sup>84</sup>.

Aunque las revisiones sistemáticas sobre definiciones de acceso resultan escasas<sup>85</sup>, en general, se observan dos tendencias en la literatura: aquellos autores que definen el acceso como el *ajuste entre las características de los servicios y las de la población*<sup>16;17</sup>, y los que lo equiparan con la *utilización de los servicios*<sup>15;18</sup>. Los primeros se concentran en el dominio estrecho del acceso –desde la búsqueda de atención por parte del individuo al inicio de atención (ver 1-2), mientras que los segundos se pronuncian a favor del dominio más amplio – desde la necesidad de la atención a la utilización de los servicios<sup>83</sup>. El primer enfoque se concentra en las características de la oferta (disponibilidad de servicios, localización, etc.) y cómo se ajustan a las características de la demanda (renta familiar, cobertura de seguro, etc.). Algunos autores dentro de este enfoque como Frenk o Donabedian<sup>17</sup> prefieren usar el término de *accesibilidad* al de acceso. Bajo el segundo enfoque, el estudio del acceso se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de servicios<sup>17</sup>. De hecho, algunos teóricos del primer

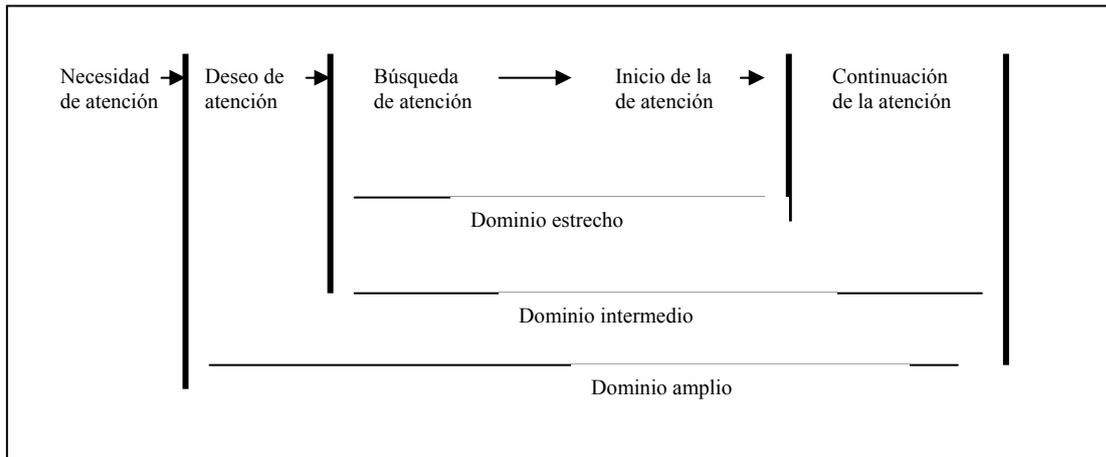
enfoque defienden el dominio estrecho frente al amplio, al contemplar este último otros procesos culturales, actitudinales, cognoscitivos y conductuales, que junto con la accesibilidad determinan la utilización de los servicios <sup>17</sup>.

El tipo de evaluación del acceso que se propone desde cada uno de los enfoques también es distinta. El enfoque de acceso como ajuste se concentra en el análisis del acceso a través de los componentes relacionados con las características de la población y/o de la oferta –afiliación a un seguro de salud, disponibilidad de oferta de servicios, etc.-, mientras que desde el segundo enfoque se propone evaluar el acceso a través de sus resultados, esto es, del acceso realizado o utilización de servicios.

Ambos tipos de evaluación se pueden efectuar para una población específica o para varias subpoblaciones con la finalidad de comparar el acceso entre ambas. No obstante, hay que tener en cuenta que si el objetivo es evaluar la equidad de acceso desde la óptica igualitarista – igualdad de acceso para igual nivel de necesidad- no basta con conocer el acceso por grupo poblacional sino que hay que relacionarlo con las necesidades de salud relativas <sup>86</sup>.

Finalmente, en ambos enfoques se puede incluir en el dominio del acceso no sólo el contacto inicial con los servicios de salud, sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio<sup>17</sup>. Existen dos motivos principales para escoger como unidad de análisis el episodio de enfermedad en su totalidad en los estudios sobre utilización de servicios. En primer lugar, es más adecuado cuando se está interesado en estudiar cuestiones como el diagnóstico específico, razones del retraso en la búsqueda de atención, la continuidad de la atención recibida, el cumplimiento por parte del paciente, y los patrones en la derivación de los pacientes<sup>87</sup>. Por otro lado, algunos autores destacan que para evaluar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada no es suficiente con centrarse exclusivamente en la capacidad de entrar en el sistema, sino que también es importante evaluar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema<sup>88</sup>.

Figura 1-2. Dominios del concepto de acceso



Fuente: Frenk<sup>17</sup>

### 3.2. Los marcos conceptuales para el análisis del acceso

Los marcos conceptuales del acceso más importantes que se han desarrollado bajo los enfoques de acceso como ajuste y como utilización de servicios, de acuerdo con diversos autores<sup>83;89</sup>, se exponen a continuación.

#### 3.2.1. El acceso como ajuste

Uno de los primeros autores que desarrolla el concepto de accesibilidad es Donabedian. Para este autor, la accesibilidad constituye un “*factor mediador*” entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios. La define como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud<sup>17</sup>. Según este autor, la accesibilidad es algo adicional a la mera disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado; comprende las diversas características del recurso que facilita o dificulta el uso. Donabedian distingue dos dimensiones de la accesibilidad que se interrelacionan: la geográfica, que se puede medir a través de la distancia, el tiempo y coste del desplazamiento, etc.; y la socio-organizativa que incluye todas las demás características de la oferta de servicios<sup>90</sup>.

Existen otras definiciones para el término de accesibilidad basadas en el concepto de Donabedian<sup>84</sup>. Pero probablemente la definición más comprehensiva es la propuesta por la OMS en sus esfuerzos por definir la atención primaria en salud. La OMS define la accesibilidad como la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. La atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos. *Accesible geográficamente* significa que la distancia, el tiempo de viaje y los medios deben ser aceptables; la *accesibilidad financiera* implica que para cualquier método de pago, los servicios deben ser asequibles; la *accesibilidad cultural*, implica la utilización de métodos técnicos y de gestión que respeten los patrones culturales de la comunidad; y la *accesibilidad funcional* es proporcionar el tipo de atención adecuada de manera continua a aquellos en necesidad cuando lo necesiten<sup>85</sup>.

Los marcos conceptuales más mencionados por la literatura dentro del enfoque del acceso como grado de ajuste son los elaborados por Pechansky y Thomas<sup>16</sup>, y por Frenk<sup>83</sup>.

Penchansky y Thomas desarrollan una definición taxonómica de acceso que comprende diferentes dimensiones: *disponibilidad* o relación entre el volumen y tipo de servicios existentes, y el volumen y tipo de las necesidades de los usuarios; la *accesibilidad* o relación entre la localización de la oferta y la de los usuarios, que tiene en cuenta los recursos para el transporte, el tiempo de viaje, la distancia y el coste; la *adaptación* o relación entre la forma en que los recursos están organizados para atender a los pacientes (solicitud de citas, horarios, etc.) y la capacidad de los pacientes para adaptarse a estas formas organizativas; la *asequibilidad* o relación entre el precio de los servicios, y la renta, disponibilidad a pagar y afiliación a un seguro de salud; la *aceptabilidad* de determinadas características del personal sanitario (edad, sexo, etnia, etc.) y prácticas en la atención por parte de los usuarios, así como las actitudes de los proveedores sobre las características de los pacientes. Para estos autores, las diferentes dimensiones de acceso están relacionadas entre sí. Por ejemplo, la disponibilidad afecta la aceptabilidad y la adaptación a los servicios. O una igual disponibilidad no asegura un acceso adecuado si persisten los problemas de asequibilidad<sup>85</sup>.

El tipo de evaluación del acceso que proponen Penchansky y Thomas es desde la perspectiva de los usuarios midiendo la satisfacción con las diferentes dimensiones de acceso propuesta <sup>16</sup>. El cuestionario incluye cuatro ítems para la satisfacción con la *disponibilidad* (conseguir atención médica cuando lo necesita, encontrar un buen doctor, conocimiento de dónde conseguir atención y conseguir atención médica urgente), dos con la satisfacción con la *accesibilidad* (con la localización de los servicios y la dificultad de llegar a los servicios); cuatro con la satisfacción con la *adaptación* (espera para la cita, el horario, la espera en la sala de espera, y la facilidad para entrar en contacto con el médico); tres con la satisfacción con la *asequibilidad* (con el seguro, los precios de los servicios y con el pago de las facturas); y tres con la satisfacción con la *aceptabilidad* (la apariencia de las instalaciones, el barrio en el que se encuentran y los pacientes que se encuentran en los servicios).

Por su parte, Frenk <sup>17</sup> propone un marco conceptual para el análisis de la accesibilidad también basado en el ajuste, distinguiendo los factores que crean *resistencia* a la búsqueda y obtención de la atención, relacionados con las características de la oferta, y los factores que dan *poder* en la búsqueda y obtención de la atención, relacionados con características de la población. Entre los primeros estarían los obstáculos *ecológicos*: distancia y tiempos de transporte; *financieros*: precios que cobra el proveedor; y *organizativos*. En esta última categoría se pueden distinguir los obstáculos organizativos a la entrada- aquellos que obstaculizan el contacto inicial con los servicios como el tiempo de espera para obtener una cita-; y aquellos que interfieren con la recepción de la atención oportuna una vez que el paciente está dentro de un establecimiento de salud: tiempo de espera para ver al médico, pruebas complementarias, etc. Frenk también señala las características personales que confieren poder en la utilización de los servicios: los obstáculos ecológicos tendrían su correspondencia en el poder de tiempo y transporte de la población; los obstáculos financieros, en el poder financiero (nivel de ingreso); los obstáculos organizativos en el poder de trato a las organizaciones (tolerancia a la demora en la obtención de citas, disponibilidad de tiempo libre, tolerancia a las reglas burocráticas, etc.).

La importancia relativa de cada obstáculo variará de acuerdo con el modo de organización del sistema de atención a la salud. Por ejemplo, mientras en una situación de mercado libre los obstáculos financieros pueden ser los más importantes, en un

sistema de cobertura universal, pueden ocupar un papel secundario y ser más importantes los de tipo organizativo. Lo mismo en un entorno rural, los obstáculos ecológicos pueden ser más importantes que en un entorno urbano.

Desde este marco se propone evaluar el acceso desde el punto de vista de los servicios con diversos indicadores de proceso que midan las diversas categorías de obstáculos y poder de utilización<sup>17</sup>. Para la dimensión *ecológica*, el tiempo de transporte al proveedor y los recursos para viajar; para la *financiera* el precio de los servicios y el ingreso de los usuarios, para las *organizacionales a la entrada* el tiempo de espera para obtener una cita y la “tolerancia” de los individuos a la demora para la obtención de la cita, medida por ejemplo, por la incapacidad que produce en el individuo el retraso en la obtención de la cita; y para las *organizacionales al interior de un establecimiento*, el tiempo necesario para ver al médico y el tiempo libre. Frenk destaca la dificultad de hallar indicadores para los obstáculos organizativos y el poder correspondiente de la población, así como de encontrar una forma ideal para sintetizar en una única ecuación los diversos obstáculos y poderes<sup>17</sup>.

Los estudios empíricos sobre acceso basados en los dos marcos explicativos anteriores son escasos<sup>84</sup>. La mayoría de las investigaciones se basan en el análisis y medición de alguna dimensión concreta relacionada con las características de la oferta de servicios - el tiempo invertido en llegar a la consulta, la distancia a recorrer para acceder al servicio de salud - o con las características de la población - la cobertura en el aseguramiento, etc.-.

### **3.2.2. El acceso como utilización de servicios**

Otros autores van más allá de considerar el acceso como el ajuste entre las características de la oferta de servicios y de la población y lo equiparan a la utilización de servicios. Para explicar los determinantes del uso de los servicios deben incorporar factores poblacionales que inciden en la búsqueda de la atención como las necesidades de salud, y la propensión o deseo del paciente a buscar la atención (dominio amplio)<sup>15;17;91</sup>. La búsqueda de atención por parte de los pacientes depende de factores

como las actitudes, su conocimiento sobre la atención de salud, y las definiciones sociales y culturales de enfermedad que haya aprendido.

Una de las propuestas teóricas sobre acceso que mayor repercusión ha obtenido es el “**Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud** (*Behavioral Model of Health Services Use*)” desarrollado por Aday y Andersen<sup>15</sup>. Este modelo se basa en los trabajos iniciales de Andersen en los años 60s en los que estudia las causas y patrones de uso de los servicios de salud para adecuar la oferta a la demanda y facilitar el acceso a los servicios<sup>84</sup>. A continuación se exponen los fundamentos del marco explicativo de Aday y Andersen, las principales críticas que ha suscitado su aplicación y un recorrido breve por otros marcos teóricos que abordan estas debilidades.

Aunque el modelo de Aday y Andersen ha ido sufriendo paulatinas modificaciones, sus rasgos principales son la distinción entre dos dimensiones del acceso: el acceso potencial y el acceso real. El acceso real refleja la utilización efectiva de servicios y la satisfacción, mientras que el acceso potencial se refiere a aquellos factores que predisponen a la utilización de servicios (actitudes, creencias, etc.), que capacitan (disponibilidad y organización de los servicios), y a las necesidades de atención a la salud de los individuos<sup>83</sup>.

## **El acceso potencial**

### *Características de los servicios de salud*

Estos factores tienen relación tanto con la disponibilidad de recursos, como con la forma en que estos se organizan para dar la atención<sup>65;92</sup>. Los recursos disponibles hacen alusión al capital y al trabajo que se destinan a la prestación de los servicios de salud. Comprende tanto el volumen, como la distribución de servicios en el área<sup>87</sup>.

En cuanto a la organización, se refiere a la manera como los servicios utilizan los recursos para proporcionar atención. Los componentes de la organización son la entrada y la estructura. La entrada se refiere al proceso de “entrar”<sup>15</sup> o “acceder”<sup>87</sup> a los servicios, y comprende las barreras que se deben superar antes de recibir la atención médica (el tiempo de viaje, el tiempo de espera, el pago de los servicios, los horarios de

atención, etc.). La estructura se relaciona con las características de los servicios que determinan qué sucede con el paciente una vez consigue entrar en los servicios tales como los procesos de referencia y contrarreferencia.

### *Características de la población*

En cuanto a las características de la población se incluyen los distintos tipos de determinantes de la utilización de los servicios<sup>65</sup>: los factores que predisponen al uso de los servicios de salud (creencias y actitudes frente al uso de los servicios de salud, conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud, características sociodemográficas de los individuos); los factores que capacitan la utilización de servicios tanto a nivel individual (ingreso económico, tipo de seguro, residencia, procedencia, etc.), como comunitario (redes de apoyo, organización de los servicios en la comunidad); y finalmente las necesidades de atención en salud de la población (necesidades percibidas y evaluadas por los proveedores).

Finalmente, las políticas de salud también pueden ser un determinante poderoso de la utilización de los servicios<sup>15</sup>.

### **El acceso real**

La utilización de servicios se puede caracterizar en términos del tipo de servicios que reciba el paciente; del lugar donde se reciba la atención; el propósito de la visita – preventiva, curativa, etc.-; y del intervalo de tiempo que implique<sup>15</sup>.

### **Interrelación entre los factores**

Por un lado, el acceso real puede estar influido por las políticas de salud que inciden en factores como la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación, o programas dirigidos a características susceptibles de ser modificadas de la población como la cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc.<sup>15</sup>. Por otro lado, las características de los servicios de salud pueden afectar directamente los patrones de utilización, sin modificar las características de la población (por ejemplo, el ratio de hospitalizaciones puede ser superior en un esquema

de aseguramiento de pago por servicios (FFS), que en una organización de managed care, independientemente de las características de los usuarios<sup>15</sup>); o indirectamente incidiendo en las características modificables de los individuos (por ejemplo a través de programas de información de los centros sobre el funcionamiento de los servicios). Finalmente, las características de la población (necesidades de salud, factores que capacitan o predisponen) pueden afectar directamente el uso de los servicios independientemente de las características de los servicios de salud. Estas relaciones están gráficamente representadas en la figura 1-3.

**Figura 1-3. Marco para el análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen**



Fuente: Aday y Andersen<sup>15</sup>

Aday y Andersen proponen evaluar el acceso mediante indicadores de estructura, proceso y de resultados, según el objetivo de la evaluación. Si lo que se pretende es analizar cómo y por qué una política o un programa influye en el acceso realizado, las evaluaciones del acceso potencial a través de indicadores de estructura y proceso son las adecuadas. No obstante, si lo que se desea es medir el impacto de esta política en la utilización de servicios, el segundo tipo de evaluación es la necesaria. Los indicadores

de estructura y proceso se clasificarían en función de su grado de manipulación por una política de salud. Los factores manipulables serían aquellos que pueden ser alterados a corto plazo para afectar el acceso realizado, por ejemplo la cobertura en el aseguramiento. Las características no manipulables serían los indicadores demográficos como la edad, el sexo, o el lugar de residencia. En la tabla se recogen los indicadores propuestos a partir de una revisión que realiza Aday y Andersen de indicadores potenciales de acceso<sup>15</sup>.

**Tabla 1-1. Indicadores de estructura y proceso para medir el acceso propuestos por Aday y Andersen<sup>15</sup>**

Manipulables	Características de la oferta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volumen y distribución de los recursos: número de médicos, camas hospitalarias y ambulancias por habitante y área geográfica</li> <li>- Organización de la oferta:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* de entrada: tiempo de viaje, tiempo de espera medio, tiempo de espera en la consulta.</li> <li>* de estructura: tipo de proveedor, horarios</li> </ul> </li> </ul>
	Características de la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores que predisponen: Creencias y actitudes, conocimiento y fuentes de información, estrés y ansiedad sobre salud</li> <li>- Factores que capacitan: Renta, cobertura de aseguramiento (beneficios y copagos), fuente regular de atención, facilidad para conseguir atención (tiempo de viaje, solicitud de citas, tiempo de espera)</li> </ul>
No manipulables	Características de la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores que predisponen: Edad, sexo, enfermedades previas, etnia, educación, tamaño de la familia y composición, residencia (rural- urbana)</li> <li>- Necesidad en salud               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Percibidas: salud percibida, síntomas de enfermedad, incapacidad</li> <li>* Evaluadas: basadas en los síntomas, en el diagnóstico, etc.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Aday y Andersen<sup>15</sup>

Los indicadores de resultado que propone Aday y Andersen para medir el acceso se basarían en la utilización de servicios y en la satisfacción con la atención recibida. Las categorías principales en la medición de la utilización serían: la frecuencia y continuidad del uso (ratio de visitas, ingresos o altas hospitalarias, etc.), el tipo de servicio utilizado (atención especializada, primaria, etc.); del lugar en el que recibió atención (domicilio, hospital, centro de atención primaria); el propósito de la atención recibida (preventiva, curativa), etc.<sup>86</sup>. Andersen propone la evaluación de la satisfacción de los usuarios en relación a aspectos de su experiencia en la búsqueda de la atención como la conveniencia de la atención recibida, y sobre todo la calidad de la atención.

Andersen revisó varias veces el modelo, una de las últimas en el año 1995, para incorporar los resultados de salud y enfatizar la retroalimentación entre las variables<sup>93</sup>. De esta manera desarrolló dos nuevos conceptos: *acceso efectivo*, que se alcanza cuando los estudios muestran que la utilización mejora el estado de salud de los individuos o su satisfacción con los servicios; y el *acceso eficiente*, que se logra cuando aumenta el nivel de salud o de satisfacción en relación a la cantidad de servicios consumidos<sup>85</sup>. Sin embargo, a pesar de esta revisión, el énfasis del modelo ha sido más en los determinantes de la utilización que en la medición del acceso realizado y su impacto<sup>19</sup>.

Los estudios empíricos sobre acceso basados en los determinantes de la utilización resultan muy abundantes en la literatura. Muchos de ellos se han basado en el marco desarrollado por Aday y Andersen<sup>94</sup>. Generalmente son estudios de tipo transversal, basados en modelos estadísticos multivariantes<sup>95</sup>, que utilizan las encuestas poblacionales como principal fuente de información<sup>96</sup>. Aunque existen estudios a gran escala que contemplan muchos de los factores que predisponen y capacitan para la utilización de servicios, la mayoría de las investigaciones suelen centrarse en un aspecto particular, como por ejemplo cómo influye el aseguramiento en salud, la existencia de una fuente regular para la atención, o los elementos organizativos en la utilización de los servicios<sup>83</sup>. La inclusión de un número amplio de indicadores genera problemas estadísticos y para la planificación en salud. Por lo tanto, se ha procurado desarrollar modelos con pocas variables –*parsimoniosos*–, que permita a los planificadores identificar un número limitado de indicadores para facilitar la recogida de los datos y medir rápidamente el acceso y comparar entre comunidades.

Los análisis empíricos del acceso basados en los determinantes de la utilización han sido extensamente criticados<sup>94</sup>. Entre las críticas metodológicas destacan la falta de inclusión de las variables contextuales –relacionadas con las políticas y las características de los proveedores–<sup>97</sup>. Según diversos autores, la preocupación en estos análisis se ha centrado especialmente en los factores poblacionales que influyen en la utilización de servicios<sup>94;97</sup>. Para algunos, esto obedece a la presunción subyacente de que la variación en los patrones de utilización de servicios puede ser explicada en su mayoría por las características de los individuos<sup>97</sup>. Aunque para otros autores se debe a problemas metodológicos para incluir las variables de contexto, lo que tiene como consecuencia que este tipo de variables incluidas en los modelos acaben explicando

poco del acceso realizado a nivel individual, a pesar de la evidencia que muestra cómo la utilización varía entre áreas pequeñas con características de oferta distintas<sup>98</sup>. De manera progresiva se han ido incorporando técnicas de análisis para superar estos problemas metodológicos: modelos jerárquicos o multiniveles para especificar mejor las relaciones entre variables de diferentes niveles (por ejemplo políticas en el nivel agregado y características demográficas en el nivel individual); o modelos de mínimos cuadrados o con ecuaciones de dos o múltiples partes para abordar los problemas de endogeneidad entre las variables (por ejemplo entre fuente regular de atención y utilización)<sup>94</sup>. Aunque persisten las dificultades en la capacidad explicativa de los modelos<sup>94</sup>.

El uso de indicadores basados en la utilización de servicios como medida de acceso a los servicios de salud también ha recibido numerosas críticas por la ambigüedad en su interpretación<sup>95</sup>. Resulta difícil diferenciar la utilización necesaria de la excesiva o insuficiente. Una menor utilización no tiene por qué implicar peor acceso si se trata de servicios que no mejoran la salud de la población. También resulta complejo documentar una sobreutilización de los servicios mediante la aproximación tradicional de establecer estándares apropiados de utilización<sup>95</sup>. Por otro lado, los indicadores basados en la utilización de servicios pueden obviar necesidades no satisfechas (iceberg de Berg)<sup>95</sup>.

Aunque el modelo desarrollado por Aday y Andersen es el más conocido dentro de la perspectiva de acceso como utilización de servicios, existen otros desarrollos teóricos que lo abordan de forma alternativa o ampliaciones para incorporar otro tipo de variables: profundizaciones en la relación entre acceso y resultados en salud para mejorar la interpretación de los indicadores de utilización<sup>19</sup>; adaptaciones del marco de acceso a modelos organizativos de los servicios específicos<sup>19</sup>; o análisis del comportamiento de los individuos ante la enfermedad y la búsqueda de la atención para explicar mejor la utilización de los servicios de salud<sup>99</sup>.

Entre los modelos que han destacado la importancia de introducir los resultados de salud en los estudios de acceso destacan el **modelo desarrollado por el U.S. Institute of Medicine (IoM)**<sup>18</sup>. Estos definen el acceso de forma normativa<sup>90</sup>. El acceso sería el uso apropiado de servicios de salud para lograr los mejores resultados de salud posibles.

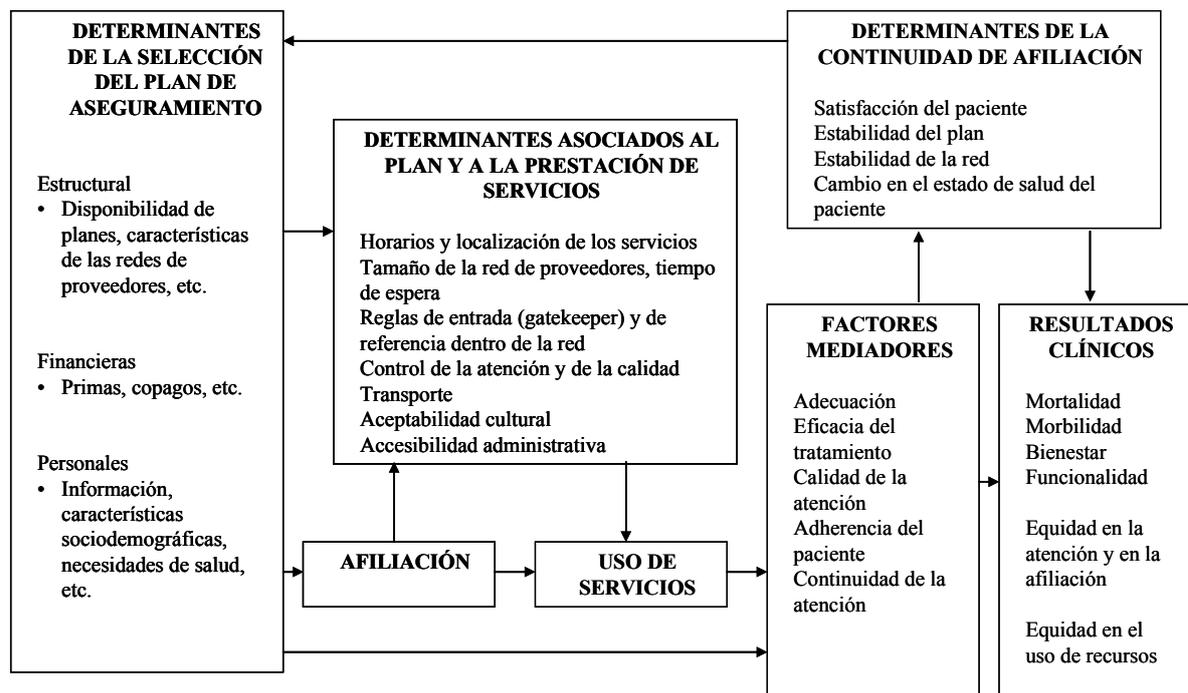
Desde esta perspectiva, los problemas de acceso surgen cuando las barreras conducen a una subutilización de los servicios, que conduce a peores resultados en salud<sup>18</sup>. El análisis de los resultados en salud sería una aproximación complementaria para medir el acceso. El análisis de indicadores de resultados basados en medidas como las tasas de mortalidad, la incidencia de enfermedades y de condiciones que requieren hospitalización, indirectamente proveen pistas sobre la presencia de barreras de acceso que pueden estar impidiendo una atención apropiada<sup>18</sup>. Para la selección de estos resultados se deben tener en cuenta los factores (mediadores) que junto con el acceso influyen en los resultados de salud: como son la eficacia en el tratamiento, la calidad de los proveedores y la adherencia de los pacientes<sup>18</sup>. El IoM propuso una lista de 15 indicadores para medir los resultados en salud agrupados en varias categorías. Con cada grupo de indicadores se propusieron medidas basadas en la mejora del acceso que mejorarían los resultados de salud

Entre los estudios que han adaptado los marcos teóricos sobre acceso a modelos organizativos específicos, destaca por proximidad con el objeto de la presente investigación, la **adaptación que realiza Gold<sup>19</sup> al modelo de competencia gestionada**. Para esta autora, los factores relacionados con el sistema de prestación de servicios suele estar subdesarrollado en los marcos explicativos y medidas de acceso<sup>19</sup>. Tanto el aseguramiento como la prestación de servicios suelen ser tratados como una variable independiente más, y medidas a través de la presencia o ausencia de cobertura de aseguramiento y proveedores. Con lo cual no capta suficientemente cómo estos factores influyen en el acceso. En los modelos de competencia gestionada, las organizaciones de managed care tienen una influencia elevada en el acceso. No sólo definen los planes de aseguramiento y las condiciones de financiación de los mismos (primas, copagos, etc.), sino directamente la oferta de servicios disponible y las condiciones de acceso –tiempo, localización de los servicios, etc.- al definir y organizar la red de prestadores para los asegurados.

Gold<sup>19</sup> revisa el marco teórico para el acceso desarrollado por el U.S. Institute of Medicine<sup>18</sup> para capturar el impacto del managed care sobre el acceso, distinguiendo entre tres tipos de factores o determinantes: aquellos que influyen en la selección del plan de aseguramiento, los asociados al sistema de prestación de servicios, y los que influyen en la continuidad de afiliación (Figura 1-4). Actúan como determinantes de la

selección del plan: los factores estructurales (disponibilidad de planes para elegir y características/reputación, características de la red de los proveedores que organiza, disponibilidad de información sobre los planes); los factores de tipo financiero (primas, beneficios, copagos, renta); y los de tipo personal (conocimiento de los planes de managed care, experiencia previa y actitudes en el aseguramiento a organizaciones de managed care, características sociodemográficas y socioeconómicas, necesidad en salud, etc.). Los factores que influyen en el sistema de prestación de servicios son: los horarios y localización de los servicios, el tamaño de las redes, el tiempo de espera, las reglas de referencia y de gatekeeper, los mecanismos de control de la utilización y calidad, la aceptabilidad cultural y de transporte, y la accesibilidad administrativa. Como determinantes de continuidad en la afiliación, enuncia la satisfacción del usuario con el plan y con los servicios, la estabilidad del plan y de la red de proveedores que organiza, y los cambios en las necesidades de los usuarios entre otros.

**Figura 1-4. Marco para el análisis del acceso en modelos de competencia gestionada propuesto por Gold**



Fuente: Gold <sup>19</sup>

Gold establece en su modelo, por un lado, las relaciones entre estos tres grupos de factores, y por otro, entre el acceso real y los resultados clínicos y políticos. Los factores relacionados con la selección del plan (disponibilidad de planes, tipo de primas, renta del individuo, etc.) influyen en el tipo de esquema al que finalmente se afilia el

individuo. El tipo de esquema determina a su vez las características que influyen en el acceso asociadas al sistema de prestación de servicios (horarios, localización, mecanismos de control de la utilización, etc.). Ambos – las características del plan y de la prestación- determinan el uso de servicios. Los factores mediadores – eficacia de tratamiento, calidad, etc.- de la atención prestada en las redes influyen, por un lado, en los resultados clínicos – estado de salud, mortalidad, morbilidad, autonomía- y resultados de las políticas – equidad de aseguramiento y provisión y de uso de recursos-; y por otro en la continuidad en el aseguramiento. Este tipo de continuidad influye en el plan seleccionado y en los resultados clínicos y de las políticas.

En cuanto a los **modelos centrados en el comportamiento de los individuos ante la enfermedad y en la búsqueda de atención**, alternativos al de Andersen y Newman<sup>100</sup>, resultan abundantes en disciplinas como la sociología médica<sup>101</sup>. Aunque no es el objetivo de esta revisión ahondar en este tipo de modelos, sí merece la pena citar algunos de ellos. En general, la literatura distingue entre las aproximaciones individualistas y las colectivas en los modelos de comportamiento<sup>102</sup>. Dentro de la primera aproximación, Mechanic fue uno de los primeros autores en formular el concepto de *comportamiento ante la enfermedad*, “*illness behavior*”, definido como la forma en que los síntomas pueden ser diferencialmente percibidos y pueden llevar a diferentes reacciones en los individuos<sup>101</sup>. El concepto del comportamiento ante la enfermedad debía distinguir, por lo menos, seis grupos de variables asociadas a la búsqueda de atención médica: a) visibilidad y frecuencia de los síntomas; b) la percepción de severidad de los síntomas; c) el grado en que estos síntomas podían perturbar actividades familiares, de trabajo, etc. d) los niveles de tolerancia de aquellos que están expuestos a estos signos y síntomas; e) la información disponible, conocimiento y asunciones culturales; f) la existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas; y, g) disponibilidad de recursos para el tratamiento, proximidad física y psicológica y costes monetarios de tomar esta acción.

Dentro de esta aproximación individualista también destaca el *Modelo de creencias en salud* formulado por Rosenstock y Becker que busca explicar el comportamiento de los individuos principalmente en el uso de servicios preventivos tomando como base las creencias, intenciones y percepciones de riesgos<sup>101</sup>. Según este modelo, la utilización de servicios podía explicarse a partir de tres tipos de variables: a) el nivel de disposición

del individuo para utilizar los servicios (dependiente a su vez de su percepción sobre la gravedad de la enfermedad y su propia susceptibilidad); b) los beneficios y barreras percibidas derivados de la decisión de utilizar los servicios; y c) los estímulos externos e internos para adoptar esta acción.

Las aproximaciones colectivas al estudio del comportamiento en salud enfatizan las diferencias en los valores y actitudes en salud entre grupos sociales que tienen implicaciones para el comportamiento ante la enfermedad, así como las fuerzas sociales y del entorno que adelantan o retrasan la búsqueda de ayuda profesional. Los primeros estudios se han centrado especialmente en la influencia de valores culturales en el comportamiento ante la enfermedad. No obstante, factores del entorno como los costes diferenciales en la utilización de servicios también han sido contemplados por estos modelos como uno de los principales determinantes de las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre grupos sociales.

Como conclusión a este apartado, se podría afirmar que existen diferentes definiciones sobre acceso a los servicios de salud y marcos explicativos. Entre ellos, probablemente el desarrollado por Aday y Andersen haya sido el más utilizado por la comunidad científica en la evaluación del acceso, la mayoría de las ocasiones desde un enfoque cuantitativo. No obstante, las importantes críticas a este tipo de evaluación empírica del acceso, reclaman al uso del enfoque cualitativo para explorar cómo influyen las variables de contexto – políticas y características de los proveedores- desde la perspectiva de los actores-.

#### **4. La evaluación del acceso a los servicios de salud en Colombia**

Son escasas las revisiones sistemáticas sobre los estudios de acceso a los servicios de salud en Colombia. La mayoría de los estudios sobre acceso revisados, especialmente los realizados en la primera etapa de la reforma, evalúan el acceso a través de uno de los factores que capacita la utilización de los servicios de salud: la afiliación al seguro de salud. En los últimos años se ha ido incorporando el análisis del acceso realizado, mediante la estimación de la probabilidad de utilización de servicios fundamentalmente, así como la medición de las barreras potenciales a través del análisis de la frecuencia de las causas del no uso de los servicios.

Tanto los estudios que miden la afiliación como la utilización de servicios son de tipo descriptivo y tienen como principal fuente de información las Encuestas de Calidad de Vida (ECV). Las ECVs incorporan entre sus preguntas la afiliación a la seguridad social, la utilización de servicios, y las razones de no uso, y permiten discriminar por tipo de afiliación a la seguridad social, nivel socioeconómico y lugar de residencia (región, y rural y urbano). Esto ha permitido que exista una abundancia de estudios que miden la equidad de acceso a partir de estas variables que capacitan el acceso.

Las investigaciones sobre barreras potenciales analizadas también suelen tomar como fuente de información la ECV. Las categorías de respuestas que se incluyen en la encuesta para la pregunta sobre la causa del no uso de los servicios se refieren a características de la población – levedad del caso, falta de tiempo y dinero-, a la accesibilidad geográfica –distancia a los centros-, y a la calidad de los servicios –mal servicio, falta de atención, de confianza en los médicos, poca capacidad resolutive y exceso de trámites<sup>103</sup>. El uso de la ECV para medir la existencia de barreras potenciales de acceso ha sido criticado por algunos autores<sup>104</sup>. En primer lugar, las razones de no uso se incorporan en la encuesta para complementar la evaluación de la calidad de los servicios desde la perspectiva de los usuarios, y no para evaluar el acceso por sí mismo<sup>104</sup>. Esto es, arroja información sobre los motivos relacionados con la calidad de los servicios que condujeron a los individuos a no usar los servicios – de los que la accesibilidad es una subdimensión-. En segundo lugar, las razones de no utilización de

los servicios que incorpora la encuesta son una lista cerrada de opciones excluyentes<sup>104</sup>. No obstante en el acceso a los servicios de salud pueden aparecer barreras de distinto tipo de manera simultánea. La lista tampoco es exhaustiva en relación a las barreras de acceso relacionadas con la población –actitudes, conocimientos, etc.- y con la oferta –horarios, oferta disponible, etc. incluidas en diversos marcos conceptuales<sup>15-17</sup>. Este tipo de estudios se ha incluido en la revisión, aunque se deben tener en cuenta las objeciones metodológicas descritas.

En los últimos años también se han llevado a cabo algunos estudios con el objetivo de identificar los determinantes de la utilización de servicios mediante análisis multivariantes. La mayoría de estas investigaciones se basan también en la ECV, aunque algunos desarrollan sus propias encuestas de utilización de servicios<sup>105</sup>. Estos estudios son parciales: se han realizado para un área geográfica determinadas<sup>106;107</sup>, para un tipo de atención o enfermedad –vacunación<sup>108</sup>, citología cuello uterino<sup>109</sup>, o para un colectivo vulnerable específico como la población desplazada por el conflicto bélico<sup>110</sup>. Las variables que se suelen introducir como determinantes de la utilización son de tipo demográfico (edad, sexo), socioeconómicas (renta del hogar, nivel educativo, tamaño del hogar), geográficas y el tipo de afiliación a la seguridad social. Sólo uno de los estudios analizados se basó en el marco de acceso de Aday y Andersen introduciendo variables relacionadas con la oferta y con el nivel de información de los individuos<sup>108</sup>. En la revisión se han incluido los estudios sobre los determinantes del uso de los servicios porque permiten identificar algunos factores que actúan como barreras y facilitadores en el uso de los servicios.

Los estudios sobre acceso y utilización de servicios de salud desde la perspectiva de usuarios o profesionales en Colombia son también muy escasos<sup>20</sup>. La mayor parte de estos estudios se centran en un tipo de atención o enfermedad –citología cáncer cuello uterino, malaria, etc.<sup>111;112</sup>, o en una población vulnerable específica<sup>113</sup>. Dos de ellos profundizaban en barreras al acceso relacionadas con las características de la oferta y de la demanda<sup>113;114</sup> y el resto en aspectos parciales como las percepciones y actitudes frente a los síntomas de la enfermedad<sup>112</sup>, o las barreras de tipo organizativo<sup>111</sup>.

Por tanto, se podrían distinguir diversos tipos de estudios de acceso en Colombia tras la Ley 100. Desde el punto de vista de los servicios: (a) aquellos que analizan algún

componente del acceso potencial -afiliación a la SGSSS y causa del no uso de los servicios-; (b) los que analizan el acceso realizado –probabilidad del uso de servicios-; y (c) los que tratan de explicar qué factores determinan el uso de los servicios. Desde el punto de vista de los sujetos, se encuentran aquellos estudios que analizan las barreras y facilitadores del acceso potencial percibidos.

A continuación se exponen los principales resultados de los diversos tipos de estudios analizados utilizando el marco de Aday-Andersen que distingue entre acceso potencial y real, y dentro de este último, entre los factores relacionados con la población y con la oferta de servicios y las aseguradoras que predisponen y capacitan la utilización.

#### **4.1. Acceso potencial a los servicios de salud**

##### **4.1.1. Características de la población**

###### **Factores que predisponen**

Los estudios que analizan cómo influyen los factores que predisponen – características sociodemográficas, conocimiento, creencias y actitudes - y las necesidades en salud en la utilización de servicios son escasos en Colombia. Los factores que se incorporan con mayor frecuencia son las variables sociodemográficas. La mayoría de los estudios muestran que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con el grado de escolaridad, la edad – niños y mayores-<sup>106;107</sup> y el sexo femenino<sup>107</sup>. El tamaño del hogar y las condiciones de trabajo también influyen en el acceso realizado –con signo positivo en el primero y negativo en el segundo<sup>107</sup>.

Sólo uno de los estudios analizados consideró otra variable no sociodemográfica -el conocimiento de los individuos sobre los horarios de los proveedores y los requisitos para acceder-, relacionándose positivamente con el uso de los servicios preventivos<sup>108</sup>.

La necesidad de atención a la salud, medida como estado de salud percibido, se incluyó en uno de los estudios sobre determinantes de la demanda de servicios curativos analizados, apareciendo en este caso como no significativo<sup>106</sup>. Este resultado contrasta con los datos de la ECV sobre causas del no uso de los servicios que muestran que la

percepción de la necesidad como leve es el principal motivo de no acudir a los servicios de salud para los afiliados al régimen contributivo y subsidiado<sup>115</sup>.

### **Factores que capacitan**

La afiliación al seguro y la renta del individuo son los factores que capacitan que se consideran con mayor frecuencia en los estudios analizados. El lugar de residencia también se considera en alguno de los análisis.

#### **a. Aseguramiento**

Los estudios que miden el acceso a los servicios de salud a través de la afiliación al seguro son los más abundantes. Se puede distinguir tres tipos de análisis: aquellos que estudian la evolución temporal en la afiliación, los que estudian las desigualdades en el aseguramiento, y aquellos que analizan el impacto de tener o no seguro en la utilización de servicios.

#### *Evolución de las tasas de afiliación*

Aunque las cifras de afiliación presentan inconsistencias entre los diversos análisis y estudios a lo largo del tiempo<sup>116</sup>, se aprecian tres fases en la evolución del aseguramiento en la salud tras la aprobación de la Ley 100.

Entre 1993-1997, se produce un incremento importante en la afiliación al SGSSS de salud, del 23,7% al 57,2% debido al efecto de la creación del régimen subsidiado (19,3%), y el aumento del Régimen contributivo (37,9%)<sup>11</sup>. El incremento de la afiliación en el régimen subsidiado se registró especialmente en sectores de población pobre y en zonas rurales. Y dentro de la población pobre, entre los segmentos con pobreza extrema<sup>117</sup>.

Entre 1997 y 2000, coincidiendo con la crisis económica, se produce una caída en la afiliación al seguro, principalmente en el régimen contributivo. La afiliación al SGSSS disminuyó hasta 52,3% en el 2000(52). La disminución se produjo sobre todo en la población vulnerable: pobres, áreas rurales, estratos 1,2 y 3 de las zonas urbanas.

A partir del 2000, la ampliación de la cobertura al SGSSS se ha concentrado principalmente en el régimen subsidiado, estancándose en el régimen contributivo. En el 2003, la Encuesta de Calidad de Vida daba una tasa equivalente al 62% de aseguramiento a la SGSSS. De esta, el 39% se encontraba en el régimen contributivo, y el 23% en el subsidiado<sup>11</sup>. El 38% de la población no gozaba de protección del seguro<sup>56</sup>. Para el año 2005, los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia<sup>d</sup> señalaban un incremento en las tasas de aseguramiento del régimen subsidiado al 29,8% y un estancamiento de la afiliación en el contributivo en el 38,3%<sup>118</sup>.

En los estudios analizados sobre afiliación se aprecian diferencias en las interpretaciones sobre el impacto de la Ley 100 en la expansión de la afiliación<sup>116</sup>. En relación al régimen contributivo, algunos autores señalan que el incremento de cobertura del seguro después de la Ley 100 se puede atribuir a la incorporación de los familiares de los trabajadores anteriormente no cubiertos<sup>63</sup>. Según Zambrano<sup>11</sup>, la población afiliada a la seguridad social antes de la reforma, en 1989 era de un 23,8%, que unida a otros seguros sumaba el 30,4% de la población, ocho puntos por debajo de la población afiliada al régimen contributivo en el 2003. Por esto, para algunos autores el hecho más significativo en materia de cobertura al SGSSS es la creación del régimen subsidiado<sup>119</sup>. En este sentido, algunos estudios critican la comparación entre los datos de afiliación al seguro subsidiado antes y después de la reforma, porque las encuestas realizadas antes de 1993, solamente incluían como asegurados a los afiliados al Instituto del Seguro Social, las cajas y otras entidades privadas, sin tomar en cuenta aquellos cubiertos por el Ministerio de Salud<sup>120</sup>.

#### *Desigualdades en la afiliación según renta y lugar de residencia*

Los estudios analizados que miden el acceso mediante los niveles de afiliación al seguro de salud también muestran amplias diferencias según la renta del individuo y su lugar de residencia.

---

<sup>d</sup> Las ECV, que es la fuente de información que se suele tomar de base para los cálculos de afiliación a los seguros de salud son quinquenales. La próxima encuesta se realizará en el 2008.

Aunque la Ley 100 se ha presentado como un logro al permitir un avance significativo en el aseguramiento de los deciles más pobres de la población<sup>121</sup>, continúan persistiendo importantes desigualdades en la probabilidad de acceder al aseguramiento, según el nivel de renta<sup>117</sup>. En primer lugar, entre los grupos más pobres y vulnerables: el 46,5% de la población del primer quintil está asegurado, frente al 82,7% del último quintil más rico<sup>11</sup>. Si la cobertura se cuenta tan sólo en relación al régimen contributivo (considerando que desde el punto de vista del plan de beneficios, éste es el ideal), esta relación iría del 6,1% al 78,9%<sup>56</sup>. En segundo lugar, entre los sectores medios que presentan cifras bajas de afiliación: aproximadamente un 58,2% para el tercer quintil<sup>11</sup>. En tercer lugar, dentro del grupo con peores oportunidades también están los niños menores de un año, migrantes recientes, desempleados y trabajadores autónomos y domésticos<sup>117</sup>.

Además, añade desigualdad el hecho de que presenten menos necesidad aquellos individuos con más probabilidad de asegurarse al contributivo: las personas que reportan afiliación al sistema de salud al régimen contributivo con mayores posibilidades de acceso, en general reportan una mejor percepción de su estado de salud<sup>11;122</sup>.

En relación a las desigualdades en la afiliación entre las áreas urbanas y rurales, aunque se han reducido las brechas, persisten inequidades geográficas importantes. Mientras que el promedio de población no cubierta en el país es del 38,2%, en el área rural sube hasta el 48,3% y en las ciudades es del 34,5%. Si se mira tan sólo el régimen contributivo, las diferencias se amplían al 48,2% en las zonas urbanas, y al 13,3% en el área rural<sup>123</sup>. Estas inequidades geográficas también se producen entre Departamentos. Regiones como Bogotá (63%) o San Andrés (64,6%) muestran mayor afiliación al régimen contributivo para 2003, mientras que otras como el Pacífico (17,1%), el Atlántico (29,5%) tienen la menor proporción<sup>123</sup>.

#### *Relación entre aseguramiento y utilización de servicios*

Diversos estudios muestran el impacto del aseguramiento en la probabilidad de utilizar los servicios de salud, así como en el tipo de servicios que utilizan. En términos de probabilidad de que una persona enferma reciba atención médica, la Encuesta de

Calidad de Vida de 2003, muestra diferencias entre regímenes de afiliación: el 79,5% de los afiliados al régimen contributivo que presentaban necesidades en salud, acudían a los servicios de salud, el 74,1% de los afiliados al régimen subsidiado, y el 49,7% para los no afiliados<sup>11</sup>.

Los estudios sobre determinantes de la utilización de servicios basados en modelos estadísticos multivariantes, también muestran diferencias significativas en la probabilidad de utilizar los servicios, principalmente entre los que están asegurados y los que no lo están<sup>106;107</sup>. No obstante, las diferencias entre regímenes de afiliación, según estos modelos, son menores o no significativas.

En relación al tipo de servicios utilizados, algunos estudios muestran que viene determinado por el seguro en salud. La probabilidad de hospitalización es más baja para los no asegurados que para los afiliados al régimen subsidiado, y para estos que para los del contributivo-; en la entrega de los medicamentos<sup>56</sup>, el 25,6% de la población que consulta en el régimen contributivo no recibe medicamentos, frente al 32,4% en el régimen subsidiado, y el 97,1% entre los vinculados; la utilización de servicios preventivos es menor para la población no asegurada<sup>121;124</sup>; así como la de servicios para el control de las enfermedades crónicas - la proporción de enfermos crónicos que consultan periódicamente los servicios de salud es de un 71,5% en el régimen contributivo, un 55,9% en el subsidiado, y un 34,6% para la población vinculada<sup>56</sup>.

## **b. Renta**

Los distintos tipos de estudios de acceso a los servicios analizados identifican la renta del individuo como un factor que capacita la utilización de los servicios de salud. Diversos estudios descriptivos basados tanto en las ECV<sup>7</sup> como en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud<sup>118</sup> muestran desigualdades importantes en la probabilidad de utilizar los servicios de salud según el nivel de renta. Entre los estudios analizados no se ha identificado ninguno que analice el uso de los servicios por nivel socioeconómico, en relación a las necesidades de atención.

El estatus socioeconómico también aparece relacionado de forma significativa con la probabilidad de utilizar los servicios, en algunos de los estudios de determinantes de utilización de servicios analizados<sup>106;107;125</sup>.

En los análisis sobre las causas del no uso de los servicios, la falta de dinero es la principal causa para no ir al médico para la mitad de los hogares situados en los quintiles de renta más bajos. Esta proporción disminuye sensiblemente cuanto mayor es el quintil, de forma que para el quintil más alto, representa el 13,3% de los hogares<sup>115</sup>. La barrera económica también se manifiesta de manera desigual según la afiliación. Para la población no asegurada se revela como principal causa de no utilización de servicios, y para los afiliados al régimen subsidiado, el segundo motivo, tras la percepción de la necesidad como leve<sup>123</sup>. El porcentaje de población que no asistió a los servicios de salud por falta de dinero, fue entre los no afiliados del 56,9%, entre los asegurados del subsidiado del 29,5%, y entre los del contributivo, del 10,9%<sup>115</sup>.

En un estudio con grupos focales de usuarios del régimen subsidiado en Antioquia relaciona la falta de dinero con la incapacidad para hacer frente a los copagos, comprar medicamentos y hacer frente a los gastos de desplazamiento a otros niveles de atención<sup>20</sup>.

### **c. Lugar de residencia**

Uno de los estudios descriptivos analizados, basado en la ECV, consideró el lugar de residencia de los individuos en el análisis de la probabilidad de uso de los servicios, mostrando desigualdades entre áreas rurales y urbanas. La probabilidad de utilización de servicios en el área urbana era un 7,5% superior a la rural en 1997, aunque este porcentaje disminuyó en el 2003<sup>115</sup>.

#### **4.1.2. Características de la prestación de servicios**

Pocos son los estudios analizados que incorporen o evalúen las características relacionadas con la prestación de servicios que influyen en el acceso a los mismos. La mayoría se basa en el análisis de las causas del no uso que incorpora entre las respuestas

algunas relacionadas con la oferta como la distancia geográfica y la mala calidad de los servicios. No obstante, esta información se debe interpretar con cautela por los problemas metodológicos mencionados.

La distancia geográfica a los servicios de salud aparece como causa de no utilización de servicios tanto para los asegurados como para los vinculados que presentaron un problema de salud, aunque es superior para los primeros (un 4,9% de los afiliados a ambos seguros no acudió a los servicios por esta causa, frente a un 3,2% de los no asegurados).

Tanto la ECV del 2003<sup>115</sup>, como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005<sup>118</sup>, señalan un incremento de la mala calidad de los servicios como razón para no acudir al médico ante una enfermedad en los dos esquemas de aseguramiento. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía, en el 2000, el 10% de los asegurados no usaban los servicios por estos motivos, mientras que en el 2005 esta cifra alcanzó el 22%<sup>118</sup>. Estas cifras por tipo de aseguramiento eran del 15% para afiliados al régimen contributivo, 9% para los subsidiados y 5% para los no asegurados.

Entre los estudios multivariantes sobre los determinantes de la utilización analizados, son también pocos los que incluyen variables relacionadas con la oferta. Generalmente se refieren a la utilización de servicios preventivos –vacunación infantil y citología de cuello uterino<sup>108;124</sup>. En estos estudios, la variable relacionada con las características de la oferta que aparecía como determinante del uso de los servicios de tipo preventivo era tener una fuente regular de atención (un servicio o profesional al que se acude regularmente), mientras que variables como la distancia o el tiempo de espera no aparecían como significativas<sup>108</sup>.

En cuanto a los estudios de acceso cualitativos, en uno de los realizados mediante grupos focales con usuarios y funcionarios de las aseguradoras y prestadores en Antioquia, emergieron diversas barreras relacionadas con el sistema de solicitud de citas, los trámites administrativos de los servicios, el tiempo de espera, atención negada en los servicios y con el maltrato de los pacientes en los servicios de salud<sup>20</sup>.

### **4.1.3. Características de las aseguradoras**

De los estudios sobre acceso analizados, los únicos que hacen referencia a factores relacionados con las aseguradoras –ARS y EPS- son los realizados por la Defensoría del Pueblo basados en la encuesta nacional de satisfacción con los servicios que prestan las EPS, en los que se incluye un componente de acceso <sup>70</sup>. En estos estudios, el acceso se entiende como la facilidad que tiene el usuario de acudir a la entidad aseguradora para solicitar información sobre servicios, derechos, autorizaciones, programas de promoción y prevención, cuotas moderadoras, copagos y entrega de medicamentos.

El índice de satisfacción con el acceso proporcionado por las aseguradoras en el año 2005, fue del 66,39 sobre 100. Los ítems peor valorados en ambos regímenes fueron la invitación a programas de promoción y prevención, la entrega oportuna y completa de los medicamentos, la información sobre red de prestadores y sobre los servicios a los que tiene derecho<sup>70</sup>. Los ítems mejor valorados fueron los relacionados con el proceso de autorización de las aseguradoras (de pruebas diagnósticas, cirugías, urgencias y medicina especializada).

## **4.2. Acceso real a los servicios de salud**

Los estudios revisados evalúan el acceso realizado a los servicios de salud utilizando como indicador el porcentaje de población que acudió al médico después de presentar un problema de salud en el último mes, a partir de la ECV<sup>11;115;126</sup>.

Los resultados de estos estudios no muestran que se haya producido un aumento de la utilización de los servicios a partir de la reforma introducida por la Ley 100<sup>11</sup>. El análisis de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 reflejan una caída en el porcentaje de individuos que acudió al médico después de presentar un problema de salud, del 77,1% al 67,9%<sup>11</sup>. Esta caída se produjo sobre todo entre los no asegurados, en aproximadamente 20 puntos porcentuales. En este grupo de población, un 49,7% de la población que presentaba un problema de salud acudió a los servicios de salud. En el régimen contributivo esta proporción decreció significativamente en 8 puntos porcentuales entre 1997 y 2003 - un 79,5% de la población afiliada al régimen

contributivo que presentaba un problema de salud había acudido a los servicios-. El único régimen en el que incrementó este porcentaje fue el subsidiado, cuatro puntos, del 70% al 74%<sup>11</sup>.

Como conclusión a la revisión del tipo de estudios sobre acceso realizados en Colombia se podría destacar la abundancia de análisis centrados en uno de los factores capacitantes del acceso: la afiliación al seguro de salud. Los análisis explicativos del proceso de utilización de servicios a partir de modelos de determinantes de la utilización de servicios o de trayectoria resultan escasos y parciales. También llama la atención los pocos estudios que profundizan en los factores que influyen en el acceso, relacionado con el contexto – políticas y características de los proveedores y de las aseguradoras-. Así como en el proceso de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los sujetos. La evaluación del impacto de la reforma sobre el acceso realizado se concentra en el contacto inicial con los servicios de salud sin discriminar el tipo de servicio utilizado, el lugar en el que recibió la atención, el propósito de la misma o si ha habido continuidad asistencial.



Una de las reformas que las agencias multilaterales han promovido en Latinoamérica con el objetivo, entre otros, de mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de la población ha sido el modelo denominado *competencia gestionada -managed competition-*.

Colombia se convirtió, tras un proceso de reforma de su sistema de salud largo y complejo, en uno de los primeros países de la región en adoptar este tipo de modelos organizativos y en convertirse en su ejemplo paradigmático<sup>51</sup>. No obstante, después de quince años desde el inicio de la reforma, la existencia de importantes desigualdades en salud por nivel de renta y geográficas<sup>127</sup> indican la persistencia de barreras en el acceso a los servicios de salud así como la aparición de otras nuevas.

En la revisión realizada de estudios sobre acceso sobresalen elementos negativos en el acceso como el estancamiento de la afiliación del seguro contributivo, con mayores prestaciones que el subsidiado, y la persistencia de factores que incapacitan el acceso al seguro de salud como la renta o el lugar de residencia, que son fuente de importantes desigualdades. La barrera económica sigue apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios entre la población no asegurada y la del régimen subsidiado, lo cual muestra fallos en la protección financiera que otorga el seguro subsidiado.

La presunción subyacente en el análisis del acceso en Colombia tras la reforma que introdujo la Ley 100 ha sido que la afiliación a un esquema de aseguramiento es el determinante principal del acceso a los servicios de salud. Por ello, la mayoría de los estudios realizados han evaluado el acceso a través uno de los factores que capacita la utilización de los servicios -la afiliación al seguro-. No obstante, la interpretación de este indicador de acceso resulta complejo por diversos motivos. En primer lugar, porque la afiliación a un seguro no equivale a que el individuo acceda a la atención adecuada. Además del aseguramiento, existen otros factores que determinan la utilización de los servicios<sup>15</sup> Y en segundo lugar, porque ninguno de los estudios revisados ajusta la

utilización de servicios con algún indicador de necesidad en la atención, requisito fundamental si se quiere evaluar la equidad de acceso<sup>15</sup>.

Las investigaciones realizadas que han analizado los determinantes de la utilización se concentran en las variables personales – principalmente las variables sociodemográficas-, ignorando las variables de contexto – políticas, características de servicios, etc.-.

No obstante, diversos estudios en otros países con modelos de competencia gestionada muestran cómo algunos elementos organizativos relacionados con el control de la atención por parte de las aseguradoras, característicos de este tipo de modelo, influyen de forma determinante en el uso de los servicios<sup>46;47</sup>. Los estudios sobre las causas del no uso de los servicios en Colombia también indican un aumento de la no utilización por factores de mala calidad<sup>115;118</sup> de la atención que podrían estar relacionados con las aseguradoras, además de con la provisión de servicios.

Por ello, las adaptaciones de los marcos teóricos sobre acceso al modelo de competencia gestionada incorporan los factores relacionados con las aseguradoras en el grupo de variables contextuales que influyen en el acceso<sup>19</sup>.

Los estudios sobre acceso y utilización de servicios de salud desde la perspectiva de usuarios o profesionales en Colombia son también muy escasos<sup>20</sup>. Sin embargo, el análisis cuantitativo del acceso ha recibido numerosas críticas en la literatura por no conseguir describir adecuadamente el acceso<sup>15-17;21</sup>. Por este motivo, diversos autores proponen abordar el tema también desde un enfoque metodológico de tipo cualitativo<sup>101</sup> que privilegie el estudio de la subjetividad de los individuos. Es decir, entendiendo la utilización de servicios como un fenómeno complejo que puede ser comprendido a partir del sentido que los actores atribuyen a sus propios actos relacionados con la salud, y utilización de servicios

Finalmente, la mayoría de los estudios, también en Colombia, se refieren al contacto inicial de los usuarios con los servicios, sin considerar qué ocurre con el acceso tras la entrada en el sistema. No obstante, para evaluar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada no es suficiente con centrarse exclusivamente en la

capacidad de entrar en el sistema, sino que también es importante evaluar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema<sup>88</sup>.

La presente investigación pretende contribuir a aumentar el conocimiento en relación a algunas de estas cuestiones, explorando los factores contextuales y poblacionales que influyen en el acceso al continuo de servicios de salud en Colombia, desde el punto de vista de los actores principales.

La pregunta general que se intenta responder es la siguiente: ¿qué factores influyen en el acceso a redes de servicios de salud desde la perspectiva de los actores principales - usuarios, profesionales de los servicios y gestores- en Colombia?

De esta pregunta general se derivan otras que contribuyen a su respuesta:

- ¿Cómo influyen los factores de contexto y de demanda en el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores principales?
- ¿Qué diferencias existen entre las barreras percibidas en el acceso al continuo de servicios de salud por los actores sociales de las redes del régimen subsidiado, contributivo y no asegurados?
- ¿Qué diferencias existen en las barreras al acceso en áreas rurales y urbanas?
- ¿Cuáles serían las estrategias y mecanismos a implementar para mejorar el acceso a los servicios de salud percibidos por los actores sociales?



### **Objetivo general**

Analizar las condiciones de acceso al continuo de servicios de salud en cuatro redes de servicios de salud de Colombia, desde la perspectiva de los actores sociales.

### **Objetivos específicos**

- a) Analizar las opiniones de los actores principales de las redes – usuarios, profesionales de los servicios de salud y gestores de prestadores y aseguradoras- sobre el acceso al continuo de servicios de salud.
  
- b) Identificar factores y actores que influyen en el acceso de la población a la red de servicios de salud desde la perspectiva de los actores.
  
- c) Analizar las propuestas de mejora del acceso al continuo de servicios de salud.



### Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo basado en un estudio de casos de cuatro redes de servicios de salud en el que se analiza el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales clave.

El estudio de caso pretende proporcionar información para una comprensión amplia de este fenómeno concreto – el acceso en redes de servicios de salud en el modelo de competencia gestionada en Colombia – a partir de casos particulares. No pretende necesariamente la generalización de los resultados de una muestra a una población<sup>128;129</sup>, sino usar estos resultados para sugerir una teoría o proporcionar apoyo empírico a la teoría existente<sup>130</sup>. El estudio cualitativo nos permite analizar el fenómeno objeto de estudio en profundidad, y desde la perspectiva de los principales agentes involucrados, para de esta manera identificar qué pasa y por qué y a partir de aquí, generar nuevas teorías, *grounded theory*<sup>131;132</sup>. De esta forma, la presente investigación es un paso inicial hacia una mayor claridad conceptual en lo que respecta a los factores que influyen en el acceso a la atención a la salud en modelos de competencia gestionada, en el contexto de países en desarrollo.

Se ha partido de los modelos teóricos propuestos por Aday y Andersen<sup>15</sup> y Gold<sup>19</sup> en el análisis del acceso. El primero distingue entre factores relacionados con las políticas, las características de la población y de los proveedores que influyen en el acceso a los servicios de salud. El segundo intenta capturar mejor cómo las formas organizativas desarrolladas en modelos de *managed care* afectan el acceso, incorporando factores relacionados con las aseguradoras.

Se ha considerado como acceso el contacto de los pacientes con los servicios a lo largo del continuo asistencial – y no sólo el encuentro inicial-, necesario para analizar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada<sup>88</sup>. Asimismo, el análisis se ha concentrado en el dominio intermedio del acceso –desde la búsqueda de atención por parte del individuo, contacto inicial y continuidad de la atención- sin considerar los

factores relacionados con la necesidad y deseo de la atención <sup>83</sup>. Esto supone concentrarse en las características de la oferta y cómo se ajustan a las características de la demanda, más que en los determinantes poblacionales de la utilización de servicios <sup>17</sup>.

### Área de estudio

El estudio se desarrolló en dos áreas de Colombia, una de tipo urbano – la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, D.C. (Departamento de Cundinamarca) – y otra rural – el municipio de La Cumbre en el Departamento del Valle del Cauca (Figura 4-1). Para cada área se seleccionaron barrios y aldeas según la distancia a los servicios de salud.

Figura 4-1. Áreas de estudio

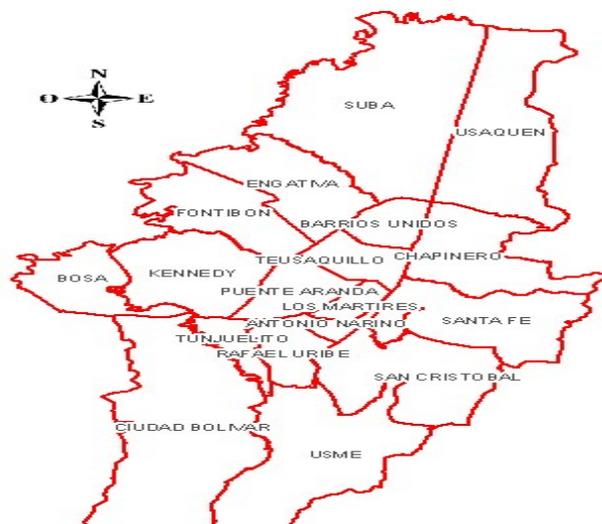


#### *Ciudad Bolívar*

Bogotá, capital de Colombia, está situada en una meseta de la cordillera oriental de los Andes, a 2.630 metros de altura sobre el nivel del mar. Con una población estimada de 6.861.499 habitantes, equivalente al 15,3% de la población nacional, es el centro urbano más poblado del país <sup>103</sup>.

La ciudad está dividida en 20 localidades, las cuales corresponden a zonas geográficas que delimita el Concejo Distrital para efectos administrativos (Figura 4-2). Bogotá se caracteriza por la segregación del espacio urbano que se refleja de formas distintas: en una distribución socioeconómica desigual en el espacio - “localidades ricas en el norte de la ciudad y pobres en el sur y occidente”-; y en una inequidad en la distribución de los equipamientos y vías de comunicación – menor densidad de población por equipamiento y mayor densidad de vías en las localidades con nivel socioeconómico más elevado, lo que se traduce un mejor acceso a los servicios públicos <sup>133</sup>.

**Figura 4-2. División territorial de Bogotá**



La localidad de Ciudad Bolívar está ubicada en el sur-occidente de la ciudad, formando parte de su anillo periférico (Figura 4-3).

**Figura 4-3. Ciudad Bolívar. Bogotá**



Tiene una población aproximada de 628.672 habitantes, que representa el 9,47% de la población de la capital<sup>134</sup>. Su pirámide poblacional muestra una población en su mayoría joven, con un 33,6% menor de 15 años, y tan sólo un 2,7% mayor de 64 años. Por tanto, el 63,7% de la población está en edad laboral. En los últimos años se ha producido una migración selectiva hacia la localidad de mujeres jóvenes cabeza de hogar con niños pequeños que se refleja en el crecimiento de estos grupos etáricos<sup>134</sup>. Es la sexta localidad con mayor densidad de población dentro Bogotá.

Bogotá ha experimentado en la última década un crecimiento sostenido del Índice de Condiciones de Vida (ICV), situándose como la ciudad con el estándar de vida más alto del país, según datos de la Encuesta de Calidad de Vida. No obstante, al mismo tiempo presenta amplias desigualdades que se manifiestan en un incremento de la población por debajo de la Línea de pobreza, del 37,4% en 1991 al 49,5% en 2001; así como del porcentaje de personas en situación de miseria, del 10,9% en 1992, al 14,7% en 2001<sup>134</sup>. El crecimiento de la pobreza ha estado motivado por factores como el incremento del desempleo, la economía informal y el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Ciudad Bolívar es una de las localidades de Bogotá más afectada por estos fenómenos. Independientemente del indicador de pobreza que se utilice –Necesidades Básicas Insatisfechas, Línea de pobreza, etc.- se sitúa entre las cuatro localidades críticas de la ciudad por su elevada proporción de población en condiciones de pobreza<sup>134</sup>.

La localidad presenta un amplio déficit de servicios públicos que se evidencia en el bajo número de líneas telefónicas, falta de conexiones de acueducto y alcantarillado, cobertura del servicio de recogida de basuras y vías sin pavimentación, determinado en gran medida, por la proliferación espontánea de barrios marginales sin planificación previa<sup>135</sup>.

El transporte público opera fundamentalmente en las principales vías de acceso a la localidad. En los barrios más alejados se presentan dificultades de acceso, hasta el punto que los residentes deben caminar entre 30 a 45 minutos desde sus viviendas hasta la estación de autobuses más cercana. En la noche, el transporte disminuye considerablemente para toda la localidad, y los taxis sólo aceptan transitar en las partes planas de la localidad<sup>134</sup>. Ciudad Bolívar se encuentra entre las cuatro localidades cuyos residentes realizan en promedio los viajes más largos hacia el sitio de trabajo<sup>133</sup>.

En cuanto a la afiliación al seguro de salud, el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado en la localidad en el año 2003 era más elevado que la media de Bogotá, un 30% frente a un 14,5%; el de asegurados al régimen contributivo más bajo, un 43,7% frente a un 63%; y el de no afiliados más alto, un 26,3% frente a un 22,4%<sup>134</sup>.

En el 2007, la oferta de aseguradoras del régimen subsidiado en Bogotá estaba conformado por diez Administradoras del Régimen Subsidiado con una penetración (porcentaje de afiliados sobre el total de asegurados subsidiados) desigual según la localidad. En Ciudad Bolívar, las ARS que contaban con un porcentaje mayor de afiliados son Humana Vivir (24,7%), Salud Total (17,3%) y Unicajas (13,1%)<sup>136</sup>. No se encontró información desagregada a nivel municipal sobre la oferta de aseguradoras para el régimen contributivo. No obstante, el análisis del índice de concentración de EPS por tipo de municipio para 1999, muestra que Bogotá posee el nivel de concentración más bajo del país, con una oferta plural superior a 20 de EPS sin evidencia de concentración de mercado por ninguna de ellas<sup>137</sup>.

En cuanto a los servicios de salud, la Secretaría de salud distrital organiza los establecimientos públicos adscritos de primer nivel asistencial en diferentes tipos: la UPA y UBA, que son los centros de salud que prestan los servicios básicos de salud y están atendidos por un equipo de salud constituido por médicos, odontólogos, trabajadora social, auxiliar de enfermería y promotores de salud; el CAMI está capacitado para la atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica odontológica y atención de urgencias de 24 horas; el hospital de nivel I cuenta, además de estos servicios, con hospitalización para patologías de baja complejidad, bajo la atención de médicos generales<sup>134</sup>.

Ciudad Bolívar cuenta con 17 IPS públicas de primer nivel de atención adscritas a la Secretaría de Salud: 7 Unidades Primarias de Atención en salud (UPAS), 5 Unidades Básicas de Atención en Salud (UBAS), 3 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), y un hospital de primer nivel de atención. La localidad dispone de un hospital de segundo nivel de atención, el Hospital de Meissen, adscrito a la Secretaría de Salud. Además, en esta área se localizan 89 IPS privadas

Los barrios seleccionados para realizar la investigación dentro de esta localidad fueron: cerca de la red de servicios de salud escogida, Lucero Bajo, Manuela Beltrán, Candelaria La Nueva; y lejos de la red, Casa de Teja y Paraíso.

### *La Cumbre*

El municipio de La Cumbre se localiza en la cordillera occidental de los Andes, en el Departamento del Valle del Cauca (Figura 4-4). Tiene una población aproximada de 11.122 habitantes, distribuida un 80% en la parte rural, situada en su mayoría en áreas de topografía accidentada, y el 20% restante en la cabecera del municipio.

**Figura 4-4. La Cumbre. Valle del Cauca**



La vía principal que comunica la cabecera municipal con los municipios de Yumbo y Cali se encuentra totalmente pavimentada y su condición es aceptable, a diferencia de la red vial dentro del municipio, que se encuentra en mal estado. El servicio de transporte público entre la cabecera del municipio y las aldeas es deficiente, y en algunos casos nulo<sup>138</sup>.

El municipio es netamente agrícola y predomina el minifundio<sup>138</sup>. Hasta 1994, el principal cultivo fue el café, pero ha ido disminuyendo progresivamente tras la crisis de este sector, sin que haya surgido una alternativa productiva. En la actualidad, el nivel de desempleo en el municipio es muy elevado, un 54,8% muy por encima de la media del Departamento (14,1%) y de la nación (18,1%). Las únicas fuentes de empleo son la Administración Municipal, el hospital, y el cultivo comercial de té en uno de los corregimientos. La población campesina dispone cada vez de menos tierra, y hay

grandes extensiones dedicadas a la producción ganadera que utiliza poca fuerza de trabajo.

En relación a la afiliación al seguro de salud, el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado en el municipio era en el año 2006, ligeramente más elevada que la media del Departamento, e inferior a la media nacional, un 37,5% frente al 31,5% del Departamento y el 42,9% para Colombia. El porcentaje de afiliados al régimen contributivo en el municipio es, no obstante, sensiblemente inferior, un 9,7% frente a un 54% en el Departamento y un 36,2% en Colombia. Con lo cual, el porcentaje de población que no cuenta con un seguro de salud en La Cumbre es de un 53,1%, el doble de la media nacional<sup>139</sup>.

En el municipio opera una única aseguradora para el régimen subsidiado. En cuanto al régimen contributivo, no se ha encontrado información publicada sobre la composición de la oferta de EPS en el municipio. No obstante, el análisis agregado para Colombia muestra que La Cumbre pertenece a un tipo de municipio que por el tamaño de su población se caracteriza por la presencia de muy pocas entidades, en el que la mayor parte de los afiliados estaba asegurado en la EPS pública, el Instituto del Seguro Social (ISS)<sup>137</sup>.

En cuanto a la oferta pública de servicios de salud, el municipio cuenta con un hospital de primer nivel ubicado en la cabecera municipal y ocho puestos de salud distribuidos por diferentes aldeas. El hospital municipal proporciona servicios de consulta médica general y urgencias, hospitalización de patologías de baja complejidad y atención de partos de bajo riesgo. Con una frecuencia variable, se traslada un equipo de salud desde el hospital a los puestos de salud, conformado por un médico general, una enfermera y un asistente de participación comunitaria para proveer atención primaria en salud (consulta médica, odontológica y vacunación). En cada puesto de salud trabaja una promotora de salud<sup>138</sup>.

Las aldeas seleccionadas para el estudio fueron: Lomitas, Bitaco, Puente Palo y La María (alejadas del hospital de I nivel) y la cabecera municipal de La Cumbre (cercano).

## Muestra

Se realizó una muestra teórica en tres etapas<sup>131</sup>. En la primera etapa se seleccionaron los casos de estudio para cada una de las áreas, en la segunda las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) dentro de las redes de servicios de salud, y en la tercera, los informantes a entrevistar para cada caso.

### *I Etapa: selección de los casos de estudio*

El caso de estudio es la red de servicios de salud con la que cuenta la aseguradora para cubrir la prestación de la atención de la población afiliada residente en la áreas seleccionadas.

Para seleccionar los casos se escogió en cada área de estudio una administradora del régimen subsidiado (ARS) y otra del régimen contributivo (EPS) aplicando como único criterio que contase con afiliados residentes en el área. Para la población no asegurada en ambas áreas, se seleccionó la misma red de servicios que para la población afiliada al régimen subsidiado puesto que los prestadores públicos que formaban parte de la red subsidiada también atendían a la población no asegurada.

Se produjeron numerosos rechazos a participar por parte de las aseguradoras contactadas, lo que ha sido documentado también por otros estudios<sup>140</sup>. En el área urbana hubo dificultad para encontrar una EPS –administradora del régimen contributivo- que quisiera participar en el estudio. Se contactaron cinco EPS con afiliados en la zona de estudio, según el registro de asegurados publicado por la Secretaría de Salud Distrital. La solicitud se realizó formalmente a través de la Universidad del Rosario. De estas EPS, cuatro rechazaron participar en el estudio argumentando que tenían pocos afiliados en la zona o que atravesaban circunstancias complicadas para la institución –demandas contra la entidad por parte de afiliados, etc.-. Finalmente aceptó participar una EPS con afiliados en el área y con oferta de hospitales en la zona sur de la ciudad.

En el área rural, la ARS contactada rechazó participar en el estudio sin proporcionar ninguna explicación. A diferencia del caso anterior, en este no se pudo sustituir por otra

entidad porque era la única entidad subsidiada que operaba en la zona. No obstante, los proveedores seleccionados de la red que conformaba para sus afiliados sí aceptaron participar a título particular. Por tanto, no se contó para este caso con la opinión de dos grupos de actores sociales clave, los gestores y profesionales administrativos de la ARS.

La muestra final está compuesta por cuatro casos de estudio. En el área urbana se seleccionó, para el régimen subsidiado y la población no asegurada, la red de hospitales públicos y privados que contrata la ARS Ecoopsos; y para el régimen contributivo, la red de hospitales propios y contratados de la EPS Famisanar. En el área rural se seleccionó la red de hospitales que organiza para sus afiliados la única ARS que operaba en el área –CaféSalud-, que también atiende a la población no asegurada; y para el régimen contributivo, la red de servicios de la EPS Coomeva.

A continuación se describe brevemente cada uno de los casos de estudio.

- Caso 1. Red de servicios de salud para la población asegurada al régimen subsidiado y no asegurados del área urbana.

La Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) seleccionada, *Ecoopsos*, es una empresa solidaria de salud (ESS) creada en 1993, que adopta la forma de cooperativa. Tras el Decreto 1804 de 1999<sup>141</sup> que obligó a muchas ARS a fusionarse para cumplir con el requisito de un número mínimo de afiliados, Ecoopsos pasó de 50.000 afiliados repartidos en dos municipios, a 324.270 afiliados en 81 municipios. Estos se concentran en su mayoría en los Departamentos de centro-oriente: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Santander y Tolima. En la localidad de Ciudad Bolívar, Ecoopsos contaba en el año 2007 con 15.921 afiliados, lo que representaba el 5,7% de los asegurados al régimen subsidiado de la localidad<sup>136</sup>.

Para esta población, Ecoopsos contrata los servicios de I nivel contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) con una IPS privada, y los servicios de II y III con algunos de los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría de Salud Distrital –*Red Sur*– de referencia para este área. Algunos servicios específicos como las hospitalizaciones y urgencias durante el embarazo también son contratados con IPS privadas.

La Red Sur de hospitales públicos (ESE) también es contratada por la Secretaría de Salud Distrital para atender a la población no asegurada residente en la localidad.

- Caso 2. Red de servicios de salud para la población asegurada al régimen contributivo del área urbana.

La Empresa Promotora de Salud (EPS) seleccionada para el régimen contributivo en esta área, *Famisanar*, es el fruto de la alianza estratégica de dos de las Cajas de compensación<sup>o</sup> de mayor tamaño del país, Colsubsidio y Cafam. Con la Ley 100 de 1993, estas dos entidades que prestaban atención materno-infantil para la población asalariada y su familias, deciden transformarse en Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) y mediante una alianza estratégica, crear una EPS aportando cada una de ellas el 50% del capital. De este modo surge la EPS Famisanar como una empresa independiente con la función de afiliación al régimen contributivo. En el momento de afiliación, los asegurados deben escoger entre la IPS Compensar y la IPS Colsubsidio. Esta última IPS fue la que se seleccionó para el estudio. En el 2007, el número de afiliados de Famisanar en todo el país era de 1.342.303, lo que suponía el 9,1% del total de afiliados al régimen contributivo en Colombia. Famisanar ocupa la cuarta posición en proporción de afiliados en el país, y la primera en el Departamento de Cundinamarca, en el que se encuentra la ciudad de Bogotá<sup>142</sup>.

Para la población afiliada en Bogotá, la IPS Colsubsidio proporciona servicios de atención primaria, especializada de segundo nivel, y atención de tercer nivel para la población infantil. El resto de niveles son contratados por Famisanar con diferentes IPS privadas del distrito.

- Caso 3. Red de servicios de salud para la población asegurada al régimen subsidiado y no asegurados del área rural.

La ARS seleccionada en el área rural, *CaféSalud EPS SA*, es una sociedad anónima que pertenece al grupo de empresas SaludCoop, entidad de origen cooperativo y sin ánimo

---

<sup>o</sup> Las cajas de compensación familiar se crearon en 1954 con el fin de prestar beneficios y compensaciones económicas a los trabajadores con familia numerosa, a través de la administración del subsidio familiar y los aportes patronales correspondientes. Entre los servicios que prestaban al grupo familiar se encontraban los de salud<sup>44</sup>.

de lucro. Creada en 1992 por la Asociación de Cafeteros de Colombia, es adquirida en el año 2003 por la EPS SaludCoop, tras la compra un año antes de la EPS Cruz Blanca<sup>143</sup>. Café Salud EPS es administradora tanto del régimen subsidiado como del contributivo. En el 2007, CaféSalud contaba con 799.805 afiliados al seguro subsidiado en todo el país<sup>144</sup>. Estos se concentran en su mayoría en los departamentos cafeteros.

La red de proveedores que CaféSalud contrata para la población asegurada al régimen subsidiado residente en el municipio de La Cumbre está conformada por hospitales públicos de referencia para la población del municipio. El hospital de I nivel se encuentra en la cabecera del municipio, y el resto de niveles en la ciudad de Cali, capital del Departamento. La red pública de hospitales también atiende a la población no asegurada residente en el municipio.

- Caso 4. Red de servicios de salud para la población asegurada al régimen contributivo del área rural.

La EPS seleccionada en el municipio, *Coomeva EPS SA*, es una sociedad anónima que pertenece al grupo empresarial de Coomeva -Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia-<sup>145</sup>. Coomeva es una entidad con personalidad jurídica de naturaleza cooperativa y sin ánimo de lucro. Sus asociados son principalmente profesionales y sus familiares, trabajadores de las empresas de las que es propietaria mayoritaria, personas jurídicas de derecho público y jurídico del sector solidario<sup>146</sup>. Su objeto general es satisfacer las necesidades, el desarrollo integral de sus asociados y de su grupo familiar, así como el desarrollo de sus actividades profesionales<sup>146</sup>.

En el 2007, el número de afiliados de Coomeva en todo el país era de 2.344.002, ocupando la segunda posición tras SaludCoop en proporción de afiliados<sup>147</sup>.

Para la población afiliada en el La Cumbre, la EPS Coomeva tiene contratado el hospital público de primer nivel situado en la cabecera del municipio. Para la atención especializada ambulatoria, la población puede escoger entre las diversas UBAs propiedad de la EPS distribuidas en la ciudad de Cali; y para las urgencias de II nivel, los centros de urgencia que tienen contratados también en la ciudad. Coomeva también

contrata varios hospitales privados de nivel III y IV, aunque generalmente canaliza los pacientes a la Clínica Los Farallones, perteneciente al grupo empresarial de la EPS.

*II Etapa: selección de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)*

Como la red de prestadores que contratan las aseguradoras para sus afiliados son amplias, se procedió, en una segunda etapa, a seleccionar las IPS dentro de la red, aplicando los siguientes criterios: distintos niveles asistenciales (I, II y III nivel), y atención de pacientes procedentes del área de estudio. Además de estos dos criterios se procuró que estuviesen representados contextos con características diferentes en relación a la prestación de la atención, y por tanto en el acceso a los servicios, que pudiesen influir en el discurso de los informantes: IPS públicas y privadas, IPS integradas en la propiedad con las aseguradoras y contratadas para prestar servicios.

En la tabla 4-1 se recoge para cada uno de los casos los proveedores seleccionados, la titularidad de los mismos y la forma de relación establecida entre el proveedor y la aseguradora.

**Tabla 4-1. Muestra final de proveedores según caso de estudio, nivel asistencial y forma de relación con la aseguradora**

Área	Caso	Proveedor seleccionado		Titularidad	Forma de relación
Área Urbana	ARS Ecoopsos y Red sur de hospitales (subsidiados y vinculados)	I nivel asistencial (atención primaria)	Hospital de Vista Hermosa, ESE -CAMI Manuela Beltrán -CAMI Vista Hermosa -UPA Casa de Teja -UBA Paraíso	pública	Contrato
			IPS Clínica Ciudad Salud	privada con ánimo de lucro	Contrato
		II nivel asistencial	Hospital Meissen, ESE	pública	Contrato
			IPS Clínica Candelaria	privada con ánimo de lucro	Contrato
		III nivel asistencial	Hospital Tunal, ESE	pública	Contrato
	EPS Famisanar/Col subsidio (contributivos)	I nivel asistencial (atención primaria)	IPS Santa Librada (Colsubsidio)	pública	Contrato
			IPS Soacha	privada sin ánimo de lucro	Unión temporal de empresas (UTE)
		II nivel asistencial	IPS Clínica Roma (Colsubsidio)	privada sin ánimo de lucro	En propiedad
		III nivel asistencial	IPS Hospital Universitario Clínica San Rafael	privada sin ánimo de lucro	Contrato
			IPS Clínica Orquídea (Colsubsidio)	privada sin ánimo de lucro	En propiedad
Área Rural	ARS CaféSalud y red pública de hospitales (subsidiados y vinculados)	I nivel asistencial (atención primaria)	Hospital Santa Margarita de La Cumbre, ESE	pública	Contrato
		II nivel asistencial	IPS Hospital de San Juan de Dios	privada sin ánimo de lucro	Contrato
		III nivel asistencial	Hospital Departamental del Valle, ESE	pública	Contrato
	EPS Coomeva (contributivos)	I nivel asistencial (atención primaria)	Hospital Santa Margarita de La Cumbre, ESE	pública	Contrato
		II nivel asistencial	IPS Unidad de Prevención Clínica (Coomeva)	privada con ánimo de lucro	En propiedad
			IPS Clínica Médicos (Coomeva)	privada con ánimo de lucro	En propiedad
		III nivel asistencial	IPS Clínica Farallones (Coomeva)	privada con ánimo de lucro	En propiedad

IPS: Institución Prestadora de Servicios; ESE: Empresa Social del Estado; CAMI: Centros de Atención Médica Inmediata; UBA: Unidad Básica de Atención; UPA: Unidad Primaria de Atención

### *III Etapa: selección de informantes*

La muestra se diseñó para incluir los diferentes grupos de informantes que pueden tener una opinión o influir en el proceso estudiado. Se buscaron aquellos perfiles que pudieran proporcionar discursos diferentes y que permitiesen descubrir e interpretar el fenómeno del acceso al continuo de servicios de salud. Los perfiles definidos fueron: usuarios asegurados y no asegurados, profesionales de salud de cada nivel asistencial, profesionales administrativos de aseguradoras y prestadores, y gestores de prestadores de cada nivel asistencial y de aseguradoras.

Los criterios que se aplicaron para seleccionar los informantes de cada perfil fueron: i) para los usuarios, haber utilizado o intentado utilizar los servicios de al menos dos niveles asistenciales en los seis meses previos a la entrevista, y ser mayor de 18 años; ii) para los profesionales de salud, tener una antigüedad en el centro de al menos un año; iii) para los trabajadores administrativos, trabajar en servicios de apoyo de las aseguradoras o prestadores relacionados con la coordinación del paciente con otros niveles asistenciales (admisiones, atención al usuario, trabajo social, auditoría médica, etc.) y antigüedad laboral en la institución mayor a un año; y iv) para los gestores, ocupar un puesto de dirección en la aseguradora o en el prestador de salud.

La selección de los usuarios se hizo a través, o de los registros asistenciales facilitados por los servicios salud de I nivel, o en aquellos casos en que no existían, de los profesionales que los atendían en este nivel. Debido a la falta de registros globales de los contactos de los pacientes a lo largo del continuo asistencial, la búsqueda de informantes se concentró en aquellas patologías con más probabilidad de derivación entre niveles para las que se disponía información: enfermedades crónicas, embarazos de alto riesgo, urgencias que requiriesen traslado entre hospitales, etc.

Para la selección de los gestores de aseguradoras y prestadores, así como de los profesionales de los servicios de salud se buscó un contacto en cada institución (gestor, profesional del centro, etc.) que identificó los posibles informantes, según los perfiles descritos. El contacto también ayudó a coordinar las entrevistas en los centros.

Para dos de los usuarios entrevistados de edad avanzada también se entrevistó a los cuidadores (hijas, principalmente). Las cuidadoras acompañan a los enfermos en sus

visitas a los servicios, y suelen ser las responsables de realizar los trámites administrativos. Por lo tanto, podían proporcionar información valiosa para conocer las barreras de tipo administrativo con las que se encuentran los usuarios y para reconstruir la trayectoria asistencial del paciente.

En el área urbana, a los posibles informantes del grupo de usuarios se les llamó por teléfono para invitarles a participar. En el área rural, por los problemas de conexión telefónica y geográfica, se aprovecharon los viajes del equipo de salud a las aldeas más lejanas para contactar y realizar las entrevistas en el mismo día. En estos casos la promotora de salud de la zona acompañó a la entrevistadora para establecer el contacto con los informantes.

En el área urbana hubo dificultades para contactar con los usuarios seleccionados de ambos casos, o bien porque los datos personales –teléfono o dirección- habían sido registrados de forma errónea por los servicios de salud, o porque los usuarios habían trasladado su domicilio a otro lugar. Entre los finalmente contactados, algunos se negaron a participar en el estudio -no les gustaba ser entrevistados o no dieron ninguna explicación- y otros no pudieron ser entrevistados porque no cumplían los criterios de selección o contaban con alguna discapacidad que lo impidió. En el área rural no se produjeron estos problemas porque la identificación de los informantes se realizó a través de las promotoras de salud que conocían muy bien a las familias de la zona.

Para el resto de grupos de informantes hubo negativa a participar por parte de los gestores de la ARS del área rural porque la entidad había rechazado participar en el estudio, y entre algunos de los gestores y profesionales administrativos de la EPS contactada para esa área, que argumentaron problemas de agenda. En ambos casos no pudieron ser sustituidos por otros informantes.

El muestreo fue acumulativo y secuencial, alcanzándose la saturación del discurso. Es decir, hasta que las informaciones se repetían, eran redundantes y permitían responder a las preguntas de la investigación.

La composición final de la muestra se puede observar en la tabla 4-2.

Tabla 4-2. Composición final de la muestra de informantes

Categoría de actor clave		Área urbana		Área rural	
		Caso I	Caso II	Caso III	Caso IV
Usuarios	Asegurados	12	6	9	8
	No asegurados	6	0 <sup>(*)</sup>	6	0 <sup>(*)</sup>
Profesionales de salud	IPS I nivel	10	4	7	7
	IPS II y III nivel	11	4	4	4
Personal administrativo	Prestadores	4	1	4	3
	Aseguradoras	6	2	0 <sup>(**)</sup>	0 <sup>(***)</sup>
Gestores	Prestadores	6	4	4	4
	Aseguradoras	6	3	0 <sup>(**)</sup>	1
Total		61	24	34	27

(\*) La red sólo atiende usuarios asegurados

(\*\*) La ARS, única del área, rechazó participar en el estudio

(\*\*\*) Los informantes de esta categoría no pudieron ser entrevistados por problemas de agenda

### Técnica de recogida de datos

La técnica cualitativa que se empleó para recoger la información sobre las opiniones de los informantes sobre el acceso fue la entrevista semiestructurada. Es decir, una conversación en la que la investigadora formula las preguntas a partir de una guía que recoge los temas que se quieren explorar<sup>148</sup>.

Se desarrollaron cuatro guías: para usuarios, profesionales de salud, personal administrativo y gestores (Anexo II). En la guía de los usuarios hay tres partes diferenciadas: en la primera se explora el acceso del individuo al seguro de salud, en la segunda al continuo de servicios de salud, y en la tercera propuestas para mejorar el acceso. Se combina la reconstrucción de los procesos por parte del usuario-de la afiliación y la trayectoria asistencial a lo largo del episodio- con preguntas sobre percepciones y opiniones de factores que influyen en el acceso –trámites, espera, recursos, etc.- El resto de guías contiene una parte común y otra específica para cada tipo de informantes. Se estructuran en tres partes: opiniones sobre el acceso de la población al seguro de salud (afiliación, elección y cambio de aseguradora); opiniones

sobre el acceso al continuo de servicios en las redes, elementos que influyen (políticas, elementos estructurales y organizativos de los servicios, características de la población); y estrategias de mejora.

Con el fin de perfeccionar las guías de entrevistas y obtener una mayor comprensión del contexto (funcionamiento del sistema de salud, temas a incorporar, etc.), al inicio del trabajo de campo, se realizaron entrevistas con informantes clave – profesionales de salud, gestores de redes, usuarios, políticos y científicos –.

Las entrevistas con los usuarios se efectuaron en el domicilio. Con el resto de informantes se realizaron en su mayoría en el centro de trabajo por la falta de disponibilidad de tiempo de los informantes para hacerlas fuera del horario laboral o de permiso de sus instituciones para realizarlas fuera del centro.

Las entrevistas tuvieron entre 1 y 2 horas de duración. Algunos informantes fueron entrevistados en varias ocasiones por requerir más tiempo de entrevista que el disponible. Las entrevistas se grabaron y transcribieron textualmente, es decir, incluyendo las preguntas y respuestas tal y como se formularon.

La recopilación de la información tuvo lugar entre marzo y diciembre de 2006.

### **Análisis de datos**

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis narrativo del contenido<sup>149;150</sup>. Se segmentaron los datos por caso de estudio, grupos de informantes y temas. Se generaron categorías mixtas a partir de los guiones elaborados y las categorías emergentes de los datos. El análisis de los datos se realizó en primer lugar para cada caso de estudio y posteriormente de forma comparativa.

El análisis de los datos se realizó desde la recogida de la información, en tres etapas<sup>151</sup>. En la primera fase, de descubrimiento, se identificaron los temas, se desarrollaron los conceptos y se crearon las categorías. Este primer análisis se realizó manualmente. En la segunda fase – momento analítico- se clasificó y sistematizó la información, se identificó la información emergente de los datos buscando patrones convergentes y

divergentes, y posteriormente se procedió a describir los resultados señalando las semejanzas y diferencias entre los informantes. En esta fase se utilizó el programa informático Atlas-ti, herramienta informática que facilita el análisis de los datos cualitativos porque agiliza muchas actividades implicadas en el análisis, como por ejemplo la segmentación del texto en citas y la codificación<sup>151</sup>. En la fase final – momento interpretativo- se intentó establecer relaciones y desarrollar explicaciones, a partir del contexto en el que se habían recogido los datos y de los resultados de otros estudios, que permitieran dar un sentido a los resultados obtenidos.

Se generaron categorías y subcategorías de análisis que variaron según el caso de estudio. Las categorías coincidentes, empleadas en el análisis comparativo, se recogen en la tabla 4-3.

**Tabla 4-3. Categorías de análisis**

<b>Categorías de análisis</b>	<b>Subcategorías de análisis</b>
Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud	Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento Afilación al seguro de salud Problemas en el proceso de afiliación Problemas tras la afiliación Plan de beneficios y condiciones de acceso Copagos y pagos a los servicios Barreras relacionadas con las aseguradoras Mecanismos de control de la atención Entrega de medicamentos Compra de de servicios a proveedores Barreras relacionadas con la red de prestadores Oferta de servicios de salud disponible Accesibilidad geográfica Tiempo de espera Solicitud de citas Calidad de la atención Incumplimiento de horarios Barreras relacionadas con las características de la población Características económicas y sociales Conocimiento de derechos y uso adecuado de servicios
Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud	Ámbito de las políticas y modelo de sistema de salud Ámbito de los servicios de salud Ámbito de la población

### **Rigor y calidad de la información**

Para asegurar la calidad de los datos cualitativos se trianguló la información<sup>152-154</sup> - contrastado desde múltiples puntos de vista -, mediante las comparaciones entre los distintos grupos de informantes, la intervención de varios investigadores en el análisis con formaciones diferentes y un buen conocimiento del contexto, y la contrastación de los resultados con datos procedentes de otras fuentes. Además los resultados procedentes de las entrevistas se han contrastado con los informantes. La triangulación permite reducir los sesgos de interpretación, mejorar la consistencia de los resultados, corroborar los datos y señalar dimensiones alternativas no contempladas anteriormente<sup>155</sup>.

Otro mecanismo que se utilizó para asegurar el rigor metodológico de la investigación fue la documentación detallada del trabajo de campo y la descripción detallada del proceso de investigación y el análisis de los datos.

### **Consideraciones éticas**

La investigación no contempló riesgos para las personas que participaron en el estudio, ya que los métodos de investigación planteados no involucraron experimentos clínicos, ni condiciones que pudieran afectar su integridad personal.

La participación de los informantes fue de carácter voluntario obteniéndose su consentimiento oral para la obtención de la información. La información se trató y analizó de forma anónima por la investigadora y se describió sólo de forma agregada, de manera que no se podía identificar su origen individual.

### **Limitaciones del estudio**

Una limitación importante del estudio fue la no aceptación a participar en el estudio por parte de los gestores y administrativos de la ARS, y de algunos gestores de la EPS seleccionada para el área rural. No se pudieron sustituir por otros informantes, con lo cual en estos casos la muestra puede ser no pertinente<sup>140</sup> al no contar con la perspectiva de dos tipos de actores que se consideran clave para comprender el fenómeno estudiado.

Esta limitación queda reflejada en los resultados del estudio al no encontrarse para el área rural la polarización de discursos entre los informantes de los proveedores y de la aseguradora que emergió en el área urbana.

Otra limitación importante fue la dificultad para encontrar una EPS en el área urbana que quisiera participar en el estudio. La institución que finalmente accedió a colaborar es una aseguradora sin ánimo de lucro y con una oferta de servicios próxima al área de estudio, lo cual son condiciones excepcionales en el sector. Estas características hay que tomarlas en consideración en la interpretación de los resultados obtenidos y su transferibilidad a otros contextos<sup>152</sup> dado que las condiciones de acceso que ofrece este tipo de aseguradoras puede ser mejor a las del sector, al tener menos incentivos a establecer barreras a la utilización de los servicios menores que otro tipo de aseguradoras.

En la categoría de usuarios se utilizó como criterio de selección la utilización, o intento de utilizar, más de un nivel asistencial. Por tanto, se excluyeron aquellos que no hubieran podido establecer un contacto inicial con los servicios, con lo cual se podría estar infravalorando barreras en la entrada a los servicios.

Una limitación importante del estudio fue la realización de la mayoría de las entrevistas con gestores y profesionales en los centros de trabajo. Esto puede constituir un sesgo de respuesta por parte de los informantes. De hecho, en algunos casos de profesionales de aseguradoras en los que se entrevistó al informante dentro y fuera del centro, se registró un cambio en el discurso. Para evitar en lo posible el sesgo en la respuesta, al inicio de las entrevistas se presentaba el estudio como una investigación de la universidad, enfatizando su carácter independiente, e insistiendo en la confidencialidad de la información y la libertad para opinar.

Al tratarse de una de las primeras investigaciones en Colombia sobre acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales, no se cuenta con información previa que permita la comparación de los resultados del estudio. Las comparaciones se han realizado con estudios procedentes de modelos de managed care en los EEUU, pero de forma limitada dadas las diferencias en los niveles de renta entre estos dos países y de sus sistemas de salud. También se han comparado los resultados

con estudios en Colombia que abordan el acceso desde una perspectiva cuantitativa, centrados casi exclusivamente en los factores relacionados con características de la población.



En este capítulo se presenta la descripción de los resultados obtenidos para cada uno de los casos de estudio sobre barreras en el acceso a la atención en salud desde la perspectiva de los actores sociales y estrategias para mejorar el acceso expresadas por los informantes. En primer lugar se presentan los dos casos correspondientes al régimen subsidiado y no asegurados, y posteriormente los dos del contributivo.

En la descripción de los resultados se han enfatizado las semejanzas y diferencias existentes en el discurso de los diferentes grupos de informantes. La narración de los resultados se acompaña de citas textuales para ilustrar las opiniones expresadas por los informantes. Además, se han incluido otros ejemplos en las tablas del Anexo I, que enriquecen el discurso y contribuyen a garantizar la calidad de los datos.

Aunque los resultados se presentan por caso, también se han introducido las similitudes y discrepancias más importantes entre áreas y regímenes de aseguramiento en relación a las categorías principales de análisis para facilitar la comprensión de su discusión en el siguiente apartado.

Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de los entrevistados, en los ejemplos citados se ha identificado tan solo el grupo al que pertenecen: usuarios no asegurados y afiliados al régimen subsidiado, profesionales de salud de los diferentes niveles asistenciales de IPS públicas y privadas, profesionales administrativos de los prestadores y de las aseguradoras seleccionadas, y gestores de prestadores y de las aseguradoras.

Al final de cada apartado se recogen de manera resumida en tablas, las barreras identificadas por los informantes y sus consecuencias sobre el acceso a la atención a la salud.

## **Régimen subsidiado y no asegurados**

### **Caso 1. El acceso a la red de servicios de salud del área urbana**

#### **1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud**

Existe consenso entre los informantes sobre lo complejo que resulta el acceso al continuo de servicios de salud tanto para la población afiliada al régimen subsidiado como para la no asegurada residente en Ciudad Bolívar, por las numerosas barreras con las que se encuentran en su recorrido por los diferentes niveles asistenciales de la red. Las dificultades que identifican se relacionan con los principios del modelo de competencia gestionada o “*managed competition*”, con políticas y normas en el aseguramiento, con barreras que imponen las ARS, factores estructurales y organizativos de la red de servicios de salud, y con algunas características de la población.

#### **1.1. Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada**

En el discurso de los profesionales y gestores de los prestadores públicos surgen dos de los principios en los que se basa el modelo de competencia gestionada como elementos que limitan el acceso a la atención a la salud: la aparición de empresas privadas intermediarias – EPS, ARS- que gestionan el aseguramiento, y la búsqueda de rentabilidad económica por parte de aseguradoras y prestadores de salud públicos (Tabla 5-1.1).

Según los entrevistados, las aseguradoras contemplan la salud como un negocio y tratan de maximizar sus beneficios económicos imponiendo barreras en el acceso a los afiliados para reducir la utilización de los servicios. Además su intervención en el sistema de salud implica desviar fondos de la atención a la salud a la intermediación, *“la intermediación está lesionando la prestación de servicios. La salud entra al mercado, y entonces ahí vienen todos los problemas de oferta y demanda, de precios, de costos y calidad que comienzan a modificar cada una de las acciones. Entonces se*

*vuelve primordial el evento financiero ante el evento de salud” (gestor IPS III nivel pública); “con todos estos intermediarios que tenemos, pues ellos lo que hacen es que reciben la plata y en la medida que pueden evitar dirigir esa plata a las IPS para la atención de esos pacientes lo hacen, y ellos son los que se quedan con la mejor tajada” (profesional salud IPS I nivel pública).*

Según los entrevistados, la búsqueda de rentabilidad económica por parte de los prestadores de salud públicos ha conducido a la introducción de determinados requisitos previos a la atención en los servicios de salud como la existencia de un pagador del servicio y la aportación de la documentación necesaria para facturar el servicio. En el discurso de los profesionales administrativos que trabajan en los primeros niveles de atención emerge la continua lucha que se establece con los hospitales de más complejidad para que acepten la derivación de un paciente que no cuenta con estos requisitos, *“me tocó pelear con todo mundo para poderlo ubicar en una unidad de cuidado intensivo, “ahh pero es que aquí entra como particular”. Yo les decía bueno sí que entre como particular (...) entonces yo les digo: mire reciban el paciente, lo tienen y en estos días se registra, se resuelve toda esa parte, pero primero resolvamos la parte médica de hospitalización” (profesional administrativo de IPS pública).*

Para algunos informantes, la búsqueda de rentabilidad no sólo ha tenido consecuencias sobre el acceso, sino que también ha supuesto un cambio radical en la práctica médica, basada antes de la Ley 100 en criterios más relacionados con las necesidades de salud de las personas que económicos, *“en el momento en el que la Ley 100 convirtió la salud en un negocio, cambió completamente la concepción de cómo se trabajaba. Yo soy médico hace muchísimos muchísimos años aquí en Ciudad Bolívar. Cuando yo llegué aquí no se facturaba nada, al paciente se le atendía, a nosotros nos daba los recursos el Estado y nadie molestaba por eso” (gestor IPS I nivel pública).* En este sentido, gestores y profesionales de los servicios de salud públicos apuntan el dilema que les supone valorar la rentabilidad económica de la institución, por un lado, y las necesidades de atención de los pacientes por otro, *“uno no sabe que hacer. Yo digo que uno es la carne del sándwich: por un lado lo que quiere el usuario, por otro lado lo que quiere el sistema de salud, y uno ahí en la mitad. Entonces empieza a negociar consigo mismo qué es mejor para este y que es mejor para aquello, pero que salgan los dos bien librados” (gestor IPS I nivel pública).*

Algunos informantes atribuyen los problemas directamente a la Ley 100, mientras que otros consideran que las dificultades surgen en su implementación, por un comportamiento de los actores del sistema contrario a los derechos a la salud que reconoce la ley, “La ley 100 emparedó todo (...)” (profesional de salud IPS III nivel pública); “la Ley 100 convirtió la salud en un negocio (...)” (gestor IPS I nivel pública); “El problema son los actores (...)” (gestor de ARS); “es consecuencia del tipo de la implementación” (profesional de salud IPS III nivel pública); “en el papel eso es una...una cosa muy bonita (...) en donde el paciente tiene derecho a muchas cosas...(..) en cuanto a la práctica ya es otro cuento porque... ya los administradores de las ARS, para entorpecer la cuestión, van a ponerle trabas y micos a las leyes y a los derechos” (profesional de salud I nivel público).

**Tabla 5-1.1. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada referidos por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Aparición de intermediarios (ARS y EPS) que buscan maximizar beneficios	- Imponen barreras al acceso para limitar la utilización de los servicios - Desvían recursos de la prestación de servicios a la intermediación
Búsqueda de la rentabilidad económica por parte de los prestadores públicos de salud	- Rechazo del paciente si no dispone de pagador y documentación completa - Cambio práctica médica incorporando criterios de rentabilidad económica.

EPS: Empresa Promotora de Salud; ARS: Administradora del Régimen Subsidiado

## 1.2. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento

Los informantes identifican diversos elementos relacionados con las políticas y normas de aseguramiento que limitan el acceso a los servicios por parte de la población asegurada al régimen subsidiado y los no asegurados; con opiniones diferentes según el tipo de informante. Entre ellos, las condiciones de afiliación al seguro de salud, las características del Plan obligatorio de salud para el régimen subsidiado (POS-S) y las condiciones de acceso, y los copagos y pago a los servicios. Estos factores se recogen de manera resumida en la Tabla 5-1.2.

## La afiliación al seguro de salud

Muchos de los usuarios y profesionales administrativos identifican diversos factores durante el proceso de afiliación y tras el mismo, que dificultan el acceso al seguro de salud subsidiado, y por tanto a la atención a la salud.

### *Problemas en el proceso de afiliación*

La mayoría de los problemas percibidos durante el proceso de afiliación al seguro subsidiado se relacionan con la identificación por parte de la administración local de la población beneficiaria, los trámites para la afiliación, y con algunas normas que regulan la afiliación de los hijos de los asegurados.

Profesionales administrativos y usuarios opinan que en la identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado y clasificación según su nivel socioeconómico se producen irregularidades. Según los entrevistados, por este motivo muchos de los afiliados tienen capacidad económica para estar asegurados en el régimen contributivo, mientras que población sin capacidad de pago queda sin cobertura. En relación a las causas, algunos usuarios apuntan irregularidades en el proceso como por ejemplo la compra de votos por parte de la administración local a cambio del carné del SISBEN, o cambios en la clasificación socioeconómica sin realizarles la encuesta, *“Entonces dijeron que uno fuera a votar, y el que no tuviera SISBEN, le integraban en el SISBEN. Yo fui. Como yo no tenía SISBEN. Pero entonces allá, le pagaban a uno, un refrigerio, le pagaban el refrigerio, le daban 2000 pesos para el transporte. Bueno, eso lo compraban”* (usuario régimen subsidiado).

Usuarios y administrativos señalan que la población desconoce los trámites tanto para realizar la encuesta del SISBEN como para elegir ARS, y que además son lentos y complicados. Por este motivo algunos potenciales beneficiarios prefieren no afiliarse, *“ahora toca es buscar el punto... puntos cerca de aquí, de la localidad, y por lo menos yo ni sé a donde es que toca ir a buscar la ARS que me corresponde a mi. Por eso que no..., ni siquiera me tomé la molestia de ir a mirar. Nada de eso”* (usuaria no asegurada). No obstante, algunos informantes también opinan que la Secretaría Distrital

ha mejorado en los últimos años la accesibilidad del proceso colocando varios puntos de afiliación en la ciudad.

Finalmente, ambos grupos de informantes opinan que algunas normas que regulan el aseguramiento se pueden convertir en barreras en el acceso al seguro de salud para los hijos de los afiliados. En primer lugar, la obligatoriedad de afiliar a los hijos en el régimen contributivo cuando alguno de los progenitores está afiliado a este seguro, mencionado principalmente por las usuarias cabeza de hogar con carné del SISBEN o afiliadas al régimen subsidiado. Las entrevistadas indican que en muchas ocasiones los hijos quedan sin cobertura de aseguramiento cuando el padre no los afilia, a pesar de que la madre esté afiliada en el régimen subsidiado o el hijo lo haya estado en el pasado, *“yo con lo que no estoy de acuerdo es que yo no vivo con el papá del niño, y el papá del niño trabaja y él tiene EPS. Y lo que a mi no me gustó es que yo tenía el niño en el SISBEN, y voy a que me lo atiendan, y que no, que el niño ya no tiene servicio porque el papá tiene EPS. Y eso es un problema porque el papá, una vaciladera ahí. ¡ Y cuánto llevo yo rogándole que me lo afilie al seguro que....!. Y entonces yo digo, si el papá no responde por nada, ni nada, ¿porque no me dejan en el SISBEN quieto el chinito?”* (usuaria no asegurada).

En segundo lugar, los profesionales administrativos señalan la obligatoriedad de registrar a los recién nacidos antes de los treinta días de vida. Según los entrevistados muchos niños quedan sin registrar y por tanto sin seguro de salud. Los profesionales de los servicios de salud atribuyen la falta de registro al desconocimiento de este requisito por parte de la población afiliada, y la falta de recursos económicos para obtener el registro del nacimiento, mientras que los de la ARS opinan que la información que proporcionan a los afiliados sobre este trámite es adecuada y apuntan otras causas como el descuido de los padres.

#### *Problemas tras la afiliación*

Tras el proceso de afiliación, ambos grupos de informantes coinciden en señalar problemas en relación a las bases de datos de afiliación y el traspaso de afiliados entre ARS que ocasionan la pérdida de cobertura del aseguramiento, y por tanto de atención a los problemas de salud.

Los informantes identifican dos tipos de errores sobre el estado de afiliación de los asegurados que se producen en las bases de datos de la Secretaría de Salud. Uno de los errores más comunes es la doble afiliación – subsidiado y contributivo – que se produce cuando el afiliado al régimen subsidiado también ha estado asegurado en el pasado al régimen contributivo, y continúa apareciendo con ese estatus en las bases de datos, a pesar de haberse dado de baja. Según los profesionales administrativos, este es un problema bastante frecuente en el área por la temporalidad de los contratos laborales, con lo cual la población se afilia y desafilia continuamente al régimen contributivo. Otro de los fallos que los informantes atribuyen a los sistemas de información es la multifiliación, es decir, cuando el asegurado aparece afiliado a varias ARS. Los asegurados que aparecen en el sistema de información con doble o multifiliación quedan sin cobertura del seguro y con frecuencia, los servicios de salud rechazan su atención, *“él [hijo] también tiene el carné del SISBEN. (...) a él le salió un trabajo de mensajería (...). Cuando él fue al médico, con su SISBEN, allá le dijeron que no, no lo podían atender porque no estaba en el SISBEN. Y ve, yo dije, ¡Eso no puede ser posible!! Yo no entiendo esto. Entonces dijo, sí, es que él estaba trabajando en una empresa.... y le dije, ¿pero qué?, ¿si no duró ni el mes! (...) Y se enfermó y no lo atendieron ni en una parte ni en la otra”* (usuaria régimen subsidiado).

Los profesionales administrativos identifican como causa de estos errores la falta de actualización de las bases de de la Secretaría de Salud con las de las EPS y ARS, *“tiene que ver con el cruce de datos de Bogotá o de...más de la Secretaría de Salud, que no sé si es que no tienen actualizadas las bases, no sé si hacen el cruce oportuno con las EPS”* (profesional administrativo IPS pública).

Otro de los problemas que emerge del discurso del grupo de usuarios tras la afiliación al régimen subsidiado es el traspaso de afiliados entre ARS sin la notificación al asegurado, cuando se produce la suspensión de alguna de ellas. Los usuarios entrevistados indican la pérdida del derecho de ser atendidos hasta que logran obtener el carné de afiliación a la nueva entidad, *“En aquel entonces y a toda la gente, a todos los que estábamos anotados a Colsubsidio, de ahí de ese lado, a todos lo fueron trasladando y por lo menos a mi me mandaron para pa’ Ecoopsos. No le dijeron a uno cuál entidad quiere o qué. Nada, sino cuando yo fui [a los servicios de salud], “tiene que ir a Soacha” [a afiliarse a la sede de la nueva ARS]”*. (usuaria régimen subsidiado)

Tanto en el caso de los errores en las bases de datos, como en el traspaso de ARS, profesionales administrativos y usuarios señalan que los asegurados desconocen el error o el cambio hasta el momento en el que acuden a los servicios de salud y son rechazados. Los profesionales administrativos añaden que la mayoría de los usuarios desconocen los trámites que deben realizar para resolver el problema y ser atendidos en los servicios de salud. Los usuarios entrevistados que han realizado estos trámites – solicitud y renovación de la carta de desafiliación, en el caso del error, y solicitud del carné de la nueva aseguradora, en el caso del traspaso -, opinan que son excesivos y costosos por la distancia a la que se encuentran ubicadas las sedes de las EPS y ARS. En el caso de usuarios con doble afiliación, los trámites se pueden prolongar durante cinco o seis años después de la desafiliación al régimen contributivo, *“O sea tengo que ir hasta allá hasta Saludcoop [EPS] - ya en Saludcoop hace 2 años que me retiré - y en Saludtotal hace como 5 o 6 años. Y todavía aparezco en el sistema. Y entonces me toca ir hasta Saludcoop hasta la 114 (Norte) a ir a pedir una carta desafiliación y me toca ir hasta plaza de las Américas a pedir otra carta desafiliación. Y cada o sea cada 6 meses toca renovarla acá”* (usuaria régimen subsidiado)

### **El Plan obligatorio de salud (POS-S)**

En relación a la cartera de servicios emergen en las entrevistas dos factores que influyen en el acceso a la atención de la población afiliada al régimen subsidiado: la amplitud de prestaciones incluidas; así como la clasificación de las mismas por niveles asistenciales.

Existen importantes discrepancias entre los informantes según el nivel asistencial en relación a la idoneidad de los servicios contemplados en el POS-S. Mientras que para los médicos especialistas se excluyeron pruebas y servicios importantes, para los médicos de los primeros niveles asistenciales las prestaciones incluidas POS-S son bastante completas. *“Se prestan muchas cosas. A mi me parece un sistema que para ser un sistema subsidiado, un sistema en el cual un paciente no tiene que cancelar lo más mínimo, me parece que es un...un sistema completo, ¿si?”* (profesional de salud I nivel público); *“se excluyeron muchas cosas. Como por ejemplo densitometría ósea, es una..., eso es un camello para...eh...pruebas por ejemplo, algunas pruebas de tiroides se excluyeron, eh.... qué más, pruebas así.... pruebas, por ejemplo, de diagnóstico de*

*infecciones: la procalcitonina, eh... pruebas imagenológicas como una resonancia. En algunos casos, está a veces fuera”* (profesional de salud III nivel público)

Por último, algunos gestores de ARS y médicos especialistas opinan que la clasificación de las prestaciones que cubre el POS por niveles asistenciales se puede convertir en una barrera al acceso al dificultar la resolución directa del problema de salud o suponer más trámites para los usuarios. Los entrevistados destacan particularmente la prohibición a los III niveles de formular pruebas y prestar servicios considerados de I nivel, pues supone que el paciente deba acudir a diversos hospitales para resolver su problema de salud. *“O sea esa fragmentación ha sido muy grave, ha sido muy nociva, (...) aquí fragmentaron fue las patologías (...) usted divide la paciente. O sea un paciente no puede tener una neumonía y una unos hongos en las líneas de los pies porque la neumonía la manejamos aquí pero los hongos se los manejamos en otro lado, entonces no, no se puede manejar aquí una patología que no sea de III nivel”* (profesional de salud de III nivel público).

### **Copagos y pago a los servicios**

Una de las principales barreras en el acceso que aparece en el discurso de los usuarios y algunos médicos especialistas es la existencia de copagos, ligados a prestaciones no incluidas en la cartera de servicios – medicamentos, pruebas diagnósticas, etc.- en el caso de los afiliados al régimen subsidiado, o de pagos a los servicios en función de su clasificación en el SISBEN, en el caso de la población no asegurada. Como consecuencia, los usuarios que no tienen recursos para asumir los pagos no pueden acceder a los servicios *“(...) ella usa ya una serie de medicamentos que son de por vida y son a diario que se los tiene que tomar. En este momento no se está tomando nada porque pues no tiene...o sea es que esos son... son tan caros, pero cuando se juntan para comprarlos todos sale por 60, 70, 50”* (cuidadora usuaria sin asegurar); *“a veces a la gente le toca pagar por ciertos servicios un porcentaje, y para esta gente pagar un porcentaje que a uno le puede parecer muy poquito, y que seguramente es la única forma de sostener un sistema de salud, pues hay gente que no tiene”* (profesional de salud de IPS privada).

En el discurso de los médicos generales y algunos gestores de los primeros niveles de atención emerge la presencia de copagos encubiertos, ligados a la exigencia por parte de los hospitales más complejos de que las derivaciones urgentes desde los primeros niveles de atención vayan acompañadas de los resultados de determinadas pruebas diagnósticas. Los informantes opinan que este requisito se convierte en una barrera en el acceso porque son pruebas que no son consideradas de I nivel por el regulador, con lo cual se obliga al paciente a adquirirlas en centros privados, retrasando la derivación hasta su realización, *“en la remisión, hay más de una ocasión en la cual el médico especialista me exige el reporte de la troponinas, sabiendo que no son de mi nivel. Entonces con eso ya me están poniendo una barrera de acceso (...) con eso me están limitando porque me toca someter al usuario a que se consiga el dinero de manera particular”* (gestor IPS I nivel pública).

**Tabla 5-1.2. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las políticas de aseguramiento referidas por los informantes**

<b>Causas de las dificultades</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Afiliación al seguro de salud</b>	
<b>- Durante el proceso de afiliación</b>	
- Identificación incorrecta de los beneficiarios del régimen subsidiado	- Población sin capacidad de pago sin cobertura de salud - Población con capacidad de pago afiliada al régimen subsidiado
- Trámites SISBEN y elección ARS desconocidos, lentos y complejos	- Desincentivan la afiliación
- Normas que regulan el aseguramiento de los hijos de los afiliados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatoriedad de afiliación en el contributivo para hijos de afiliados</li> <li>• Requisito de registro de nacimiento</li> </ul>	- Falta de cobertura de aseguramiento de los hijos de los afiliados
<b>- Tras la afiliación</b>	
- Errores en las bases de datos de afiliación (doble afiliación y multiafiliación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trámites para resolver el problema desconocidos, excesivos y costosos</li> </ul>	- Pérdida de cobertura en el aseguramiento - Rechazo atención servicios de salud
- Traspaso de ARS sin notificación y posibilidad de elección de los afiliados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trámites para resolver el problema desconocidos y costosos</li> </ul>	- Pérdida de cobertura en el aseguramiento - Rechazo atención servicios de salud
<b>POS-S</b>	
Se excluyen prestaciones importantes para los pacientes	No se prestan los servicios excluidos
Clasificación de las prestaciones por niveles asistenciales	- Recorrido por diversos hospitales para resolver un problema de salud - Fragmenta la atención - Más trámites para los usuarios
<b>Copagos y pago a los servicios</b>	
Existencia de copagos no asequibles para población sin recursos (prestaciones excluidas del POS-S, pago por servicio según nivel de SISBEN) Existencia de copagos encubiertos (exigencia de pruebas diagnósticas en derivación urgente)	- Población no accede a los servicios  - Retrasa la atención en el nivel especializado - Obliga al paciente a adquirirlas en los servicios de salud privados

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios; ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

### 1.3. Barreras relacionadas con las aseguradoras (ARS)

La mayoría de los tipos de informantes opina que el acceso a la atención a la salud de la población se ve obstaculizado por algunos de los instrumentos que emplean las ARS para el control de la atención - las autorizaciones, auditorías y el pago capitolativo a proveedores-, la interpretación de las prestaciones incluidas en el POS-S, y el sistema que utilizan para comprar servicios a los proveedores de servicios. Algunos gestores de

ARS añaden a estos factores, la dispersión de la población afiliada a la aseguradora (Tabla 5-1.3)

### **Mecanismos de control de la atención**

#### *Autorizaciones y auditorías*

En el discurso de los actores se detecta una discrepancia fundamental en relación a la utilización de las autorizaciones y auditorías por parte de las ARS y sus consecuencias para el acceso a la atención. Por un lado, los gestores de la ARS y algunos de IPS privadas, opinan que estos instrumentos son necesarios para controlar la demanda de servicios y evitar la utilización desmesurada de los servicios, realizar el seguimiento del paciente por el continuo asistencial, y asegurar la adecuación de lo que el médico solicita, *“el auditor médico nuestro revisa la pertinencia, revisa que se haya dado dentro de los parámetros, que esté incluido en el plan obligatorio de salud, emm si antes se le ha solicitado algún examen (...)si lo que se le solicita va a contribuir al diagnóstico”* (gestora de ARS). Para algunos de estos entrevistados, el control del gasto es necesario por las limitaciones económicas que tiene el sistema de salud y el valor bajo de la cápita que reciben para cubrir el paquete de beneficios, *“Claro, uno tiene que hacer ese ahorro porque, si no la plata no le alcanza y nosotros somos un país pobre (...), y así es como mejor hemos podido mejorar los índices de cubrimiento [de afiliación]”* (gestora de prestador II nivel privada).

Por otro lado, los gestores y profesionales de los prestadores públicos opinan que las ARS emplean las autorizaciones como instrumentos para limitar la utilización de servicios, y las auditorías para no pagar la actividad de los prestadores, en la búsqueda de disminuir los costos. Según estos informantes, las autorizaciones dificultan el acceso a la atención porque el proceso de autorización es lento y retrasa la atención del paciente. Particularmente aquellas que se establecen para la derivación de un paciente urgente, un servicio especializado y una prueba diagnóstica, *“(...) un examen cuando es muy costoso, la ARS lo va a truncar un poquito para no pedirlo “ahorita”. Entonces esas son las esperas. Espere hasta dentro de 20 días o espere hasta dentro de un mes para autorizar, ¿umm?”* (profesional de salud de I nivel público); *“demoran mucho confirmando si el paciente es de ellos o no (...) puede durar entre un minuto y cuatro*

*horas sólo para que contesten. Después de que contesten uno les envía la información por fax y les comenta el caso pueden demorarse...desdeeee inmediatamente dar la respuesta, hasta seis horas o dos días o tres días de acuerdo al tipo de servicio solicitado”* (profesional administrativo IPS pública). Algunos administrativos de ARS opinan que como consecuencia del retraso en la atención por motivo de las autorizaciones, en muchas ocasiones se agrava el problema de salud de los pacientes y los costos de la atención aumentan, *“el temor de la ARS es que se le suban los costos (...)Lo que te decía de la inmunoglobulina M para el toxoplasma (...) Si la IGM me resulta positiva, simplemente es iniciar el antibiótico. Entre más temprano esté el embarazo, menos riesgo va a tener para el parto el bebé. Y así de pronto va a evitar una UCI neonatal ocho meses después”* (profesional administrativo de ARS).

Además del retraso en la atención que generan las autorizaciones, la mayoría de los usuarios entrevistados indican los costos en tiempo y transporte que supone la realización de los trámites. No obstante, algunos entrevistados opinan que el proceso de autorización en la ARS seleccionada en el estudio es más accesible que en otras por la existencia de una oficina de autorización en la localidad, y por la exigencia de una única autorización inicial para los episodios de hospitalización, *“Entonces para las diálisis, [la cuñada, afiliada en otra ARS] corra a pedir todos los días autorizaciones en Cafam y le tocaba creo que es hasta la Floresta (...) Para dos días le daban autorizaciones (...)y mi cuñada a cada rato, era llame, pida autorización y yo dije, ¿pero por qué no les van a dar una autorización por todo el tiempo como me hacen a mi?”* (usuaria régimen subsidiado).

Los gestores y profesionales de las IPS privadas que trabajan con diversas ARS también destacan la diferencia entre entidades, distinguiendo aquellas con interés por el paciente en las que el proceso de autorización es más ágil, y otras cuyo único objetivo es la contención de costos y en las que la autorización es más lejana, *“depende de la ARS. Tú te encuentras ARS que están comprometidas con el usuario, les importa el usuario, tú tienes la confianza de poder comentar que tienes el paciente (...). Hay otras ARS que... ellas están interesadas en otras cosas, en mirar como se ahorra la plata ubicando un paciente en la parte más económica”*(gestora IPS II nivel privada).

*Mecanismo de pago capitolativo*

Muchos de los informantes opinan que el pago per cápita con el que remuneran las ARS a las IPS contratadas tiene un impacto desfavorable en el acceso a los servicios de salud por diversos motivos. En primer lugar, médicos especialistas y gestores de IPS privadas señalan que el pago capitolativo les incentiva a disminuir la cantidad y la calidad de servicios que ofrecen al paciente, *“otro de los problemas, que yo personalmente pienso que tiene el régimen subsidiado es que el primer nivel está capitolativo, y eso es un mecanismo de contratación muy perverso en la mayoría de los casos en un sistema pobre, de un país pobre porque hay que sacrificar la calidad. Entonces a los profesionales de la salud los presionan para que hagan lo mínimo, lo mínimo porque es que les están pagando una cosa fija, y si se pasan de lo mínimo pues ya el contrato no sirve, ya no es rentable. Entonces muchas veces se sacrifica la calidad con ese sistema de contratación”* (profesional de salud de IPS II nivel privada).

En segundo lugar, gestores y profesionales de las IPS públicas de I nivel y profesionales administrativos de ARS indican que el sistema de pago capitolativo incentiva a las aseguradoras a priorizar la atención de los afiliados en centros contratados capitolativamente, dentro de la red. Los informantes opinan que las aseguradoras retrasan la derivación del paciente entre niveles asistenciales aunque haya camas disponibles en otro lugar de la red, porque los contratos capitolativos son más beneficiosos para las aseguradoras, *“Lo que decía, eso de contratar por capitolación segundo nivel con un hospital y no con todos. Entonces usted tiene que ir a ese hospital específico (...) es a donde ellos tengan contrato y si el contrato dice que el hospital x es quien los va a atender y su oportunidad es a cuatro meses, estamos muertos porque el usuario es el que paga las consecuencias”* (gestor IPS I nivel pública). Algunos profesionales administrativos de ARS señalan que esta práctica también se realiza frecuentemente dentro del mismo nivel asistencial. La aseguradora traslada al paciente desde el hospital que no tiene contratado capitolativamente el procedimiento hasta el hospital capitolativo para no pagar dos veces el procedimiento.

Finalmente, algunos profesionales administrativos de las ARS opinan que el mecanismo de pago capitolativo incentiva al rechazo de la atención del paciente por parte de la IPS y por tanto genera, o bien conflicto entre hospitales para demostrar que la atención al

paciente corresponde a otro nivel asistencial, o el intento de que el episodio se clasifique como no-POS para facturarla a la Secretaría de Salud distrital aparte, *“se permitió que hubiera contratación que es cápita. (...) Entonces Tunal de tercer nivel me dice, no eso no es mío, es de Candelaria porque es de segundo nivel. Candelaria me dice, no ese paciente no es mío porque es de tercer nivel. Entonces hay cosas que son limítrofes, que uno dice que es del nivel de atención inferior, otros dicen que es del nivel de atención superior, y el que termina perdiendo es el paciente”* (profesional administrativo de ARS).

Según los informantes, con esta práctica de contratación empeora el acceso al aumentar los tiempos de espera en las derivaciones y los costes de transporte para los pacientes que deben trasladarse a hospitales financiados con un pago per cápita lejanos. Esto supone un riesgo para la vida del paciente, según los entrevistados.

### **La interpretación de las prestaciones incluidas en el POS-S**

El conflicto entre las aseguradoras y la Secretaría de Salud distrital en la interpretación de las prestaciones que están incluidas en la cartera de servicios es otra de las dificultades en el acceso a la atención, que identifican especialmente los profesionales y gestores de IPS privadas, y el personal administrativo de las ARS. Según los entrevistados, el conflicto surge porque ambos actores evitan asumir la financiación de la atención del paciente: a las ARS les interesa que los episodios sean clasificados como no POS para que sea la Secretaría de Salud la que lo financie, y viceversa. Los informantes señalan que este problema se produce especialmente en las derivaciones de pacientes urgentes. En estos casos, según como se interprete el episodio, la ubicación y financiación de la atención del paciente le corresponde a la ARS o a la Secretaría de Salud distrital, *“porque es que en este POS, en este régimen subsidiado empiezan a tirarse la pelota entre el asegurador - que es la ARS - y las Secretarías de Salud de una manera impresionante. Entonces, empiezan los dos a crear estrategias para que sea el otro el que atienda al paciente... buscar una manera que esto sea POS para que lo atienda la ARS, y la ARS buscar la manera como sea de ponerlo no POS para dejárselo a la Secretaria de salud”* (gestora IPS II nivel privada).

Como consecuencia de las discrepancias en la interpretación de los servicios, los pacientes deben viajar repetidamente entre la ARS y el hospital para obtener la aceptación del pago de su atención. Para los informantes, esta dificultad retrasa la atención del paciente lo cual puede agravar de manera importante su estado de salud, *“Entonces terminan peloteando al pobre paciente de un lado a otro, hasta que finalmente el paciente se muere o se complica, o se complica o se muere, ¿si?”* (gestora IPS II nivel privada).

### **Entrega de medicamentos**

Algunos médicos especialistas de IPS públicas y privadas, así como enfermos crónicos entrevistados señalan que las ARS en ocasiones restringen directamente a los asegurados los medicamentos incluidos en el POS-S, *“muchas veces se vulneran sus derechos, qué sé yo...., en la entrega de medicamentos, no le entregan los medicamentos completos o no se les entregan los medicamentos por ejemplo de VIH. Las ARS ponen mucho.... "estate quieto”* (profesional de salud de IPS de III nivel pública).

### **Compra de servicios a los prestadores**

Entre los aspectos relacionados con la compra de servicios a las IPS para la población afiliada que influyen negativamente en el acceso a la atención, los informantes destacan la contratación fragmentada por niveles asistenciales y el cambio de IPS contratada.

#### *Contratación fragmentada*

La contratación fragmentada por niveles asistenciales por parte de las ARS es uno de los elementos que según los médicos especialistas dificulta el acceso a la atención adecuada. Según los entrevistados, las ARS dividen un único proceso asistencial en varios sub-episodios, que compran con diferentes hospitales. De forma que un paciente, para resolver un único episodio de salud, acaba pasando por varios hospitales, *“la ARS es la dueña del paciente...Entonces le contrata a Meissen esto, al Tunal esto...pero resulta que el paciente no es esto y esto...es un solo todo...entonces yo le hago un pedacito aquí, el otro allá, el otro allá (...) Eso se ve en patología cervical (...) un*

*médico hace la citología, otro la colpocospopia, otro hace la biopsia y diagnostica el cáncer...pero el que lo opera es otro porque tengo contratado todo por niveles...*” (profesional de salud IPS pública II nivel); *“el binomio madre-hijo, que es una cosa que estamos buscando que se acabe...que la mamá se quede en un sitio y el bebé que nació prematuro se va remitido a otro sitio...porque yo tengo el contrato aquí no aquí...”* (profesional de salud IPS II nivel)

#### *Cambio de contrato de IPS*

Para algunos de los profesionales de salud de los primeros niveles y usuarios, los cambios de contratación de IPS por parte de las aseguradoras dificulta el acceso a la atención especializada de salud. Los entrevistados opinan que los cambios se realizan sin informar a administrativos de los primeros niveles de atención, con lo cual se producen errores de derivación y los pacientes son devueltos al primer nivel sin haber recibido atención, *“de pronto yo mando una paciente de Solsalud [ARS] a Meissen [Hospital II nivel], y en Meissen me dicen, no aquí se acabó el contrato y yo ay, pues..., entonces me la devuelven a mí y yo tengo que devolverla para mirar a ver a dónde la coloco (...). Por lo menos ésta semana se acabó el contrato, de Solsalud con Meissen. Me mandaron las maternas de alto riesgo. Me las devolvieron.”* (profesional de salud de IPS de I nivel pública); *“uno trata de aprenderse más o menos qué servicios las ARS tiene capitados con determinados hospitales. El problema es que cambian de un momento a otro, y en que llegue la información se demora (...) Uno trata a veces evitarle una vuelta al paciente, pero a veces no (...). Entonces termina uno peor ubicándolo porque perdió el viaje (...)”* (profesional administrativo IPS pública).

Algunos usuarios señalan como dificultad en el acceso el esfuerzo que les supone la adaptación a los nuevos centros contratados. Principalmente el aprendizaje de horarios, trámites, circuitos, localización, etc., *“los cambios de hospital por ejemplo, cuando me trasladaron [la ARS] (...) del Tunal para la Victoria. (...) Eso allá uno sabe allí como son las vueltas, ya las sabe manejar, y dice “a tal hora tengo que llegar, quiero salir rápido” y allá pues en la Victoria era muy diferente”* (usuaria régimen subsidiado).

### **Dispersión de la población afiliada a la ARS**

Según algunos gestores de ARS, la dispersión geográfica de la población afiliada a la ARS dificulta el acceso de la población afiliada a actividades de promoción y prevención (PyP), debido a que los servicios de atención primaria tienen problemas para encontrar la población afiliada, *“nosotros [la ARS seleccionada] teníamos como 8.000 afiliados y ellos [IPS pública contratada] tenían contrato grandísimo de 50.000 con Salud Total [otra ARS]. Obviamente [la IPS pública contratada] encontraban más localización en esa población que buscando los 8.000 entre todo Ciudad Bolívar, entonces nunca cumplían metas de P y P [de la ARS seleccionada]”* (gestora de ARS).

Finalmente, la mayoría de gestores y profesionales de salud de los hospitales públicos, así como algunos gestores de ARS percibían un peor acceso al continuo de servicios de salud por parte de la población subsidiada que la no asegurada, como consecuencia de las barreras descritas relacionadas con la intermediación - autorización y auditorías de las aseguradoras, condiciones menos favorables de contratación y tamaño inferior de las redes de las ARS, en comparación con las de la Secretaría de Salud distrital. *“(…) yo cojo el listado y necesito alguna especialidad específica y yo miro donde es para el vinculado, donde hay oportunidad más corta y lo mando allá (…) Esa parte le permite a uno jugar con la oportunidad. En el subsidiado esa oportunidad no se da porque esta limitado a lo que ellos tengan contratado. Entonces el vinculado desde ese punto de vista es mejor ser vinculado”* (gestor de IPS I nivel pública).

**Tabla 5-1.3. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las ARS referidas por los informantes**

<b>Causas de las dificultades</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Mecanismos de control de la atención</b>	
Autorizaciones y auditorías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitan la utilización de servicios</li> <li>- Retrasan la atención del paciente</li> <li>- Empeoran el estado de salud de los pacientes</li> <li>- Incrementan los costes de la atención</li> </ul>
Mecanismo de pago capitolativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la cantidad y calidad de la atención al paciente</li> <li>- Incremento del tiempo de espera de la atención al priorizar la ubicación del paciente en centros contratados capitolativamente</li> <li>- Incremento coste desplazamiento al priorizar la ubicación del paciente en hospitales contratados capitolativamente</li> <li>- Conflicto entre IPS para eludir la atención</li> </ul>
<b>Interpretación de los servicios incluidos en el POS-S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viajes repetidos de los pacientes entre la ARS y el hospital para resolver el conflicto de interpretación</li> <li>- Empeoramiento del estado de salud del paciente</li> </ul>
<b>Restricción en la entrega de medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los asegurados no obtienen los medicamentos</li> </ul>
<b>Compra de servicios a las IPS</b>	
Contratación fragmentada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recorrido pacientes por diversos hospitales para resolver un problema de salud</li> </ul>
Cambio de contrato de IPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Errores en la derivación de los pacientes a los centros</li> <li>- Esfuerzo por parte de los pacientes en la adaptación a los nuevos centros (horarios, trámites, circuitos, etc.)</li> </ul>
<b>Dispersión geográfica de la población afiliada a la ARS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificulta el acceso a servicios de promoción y prevención</li> </ul>

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

#### **1.4. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud**

En el discurso de los informantes emergen elementos relacionados con la estructura y organización de la red de proveedores que articula la aseguradora para sus afiliados, que dificultan el acceso a lo largo del continuo asistencial. La mayor parte de las barreras se refieren al acceso a la atención especializada. Entre las barreras de tipo estructural, la escasez de oferta de servicios especializados es la que se señala con más intensidad; y entre las de índole organizativa, el elevado tiempo de espera junto con los problemas en la solicitud de citas. Además surgen algunos elementos relacionados con la calidad de los servicios que limitan el acceso adecuado a la atención (Tabla 5-1.5)

#### **Oferta de servicios de salud especializados disponible**

Existe consenso entre los profesionales y gestores, de prestadores tanto públicos como privados, y de ARS sobre la escasez de oferta de servicios de salud públicos de II y III

nivel (camas, consultorios, ambulancias, recursos humanos, etc.) en el área; aunque discrepan en relación al tipo de servicios en que se produce el déficit. Mientras que los gestores de los niveles de más complejidad lo sitúan en los servicios más complejos - oncología, cirugía cardiovascular, diálisis, VIH y quemados - para el resto de informantes la escasez se produce en casi todas las especialidades básicas, con énfasis en medicina interna, pediatría, y ginecoobstetricia, *“Insuficientes, son insuficientes, porque primero en toda la red sur hay bastantes centros de atención de I nivel y... pues ya el número de centros que hay de II nivel a mi criterio no son suficientes para abastecer la gran demanda que se genera de todos los CAMIs [Centros de Atención Médica Inmediata]”* (profesional de salud de IPS I nivel pública). Algunos profesionales precisan que mientras en algunas especialidades como la pediátrica, la insuficiencia de oferta es estacional, en otras como medicina interna, el déficit es estructural por el envejecimiento de la población.

Los informantes discrepan en relación a las causas de la insuficiencia de recursos (Tabla 5-1.4). Los profesionales de salud de las IPS públicas enfatizan la búsqueda de rentabilidad económica por parte de los prestadores. Según algunos médicos especialistas, esto ha provocado el cierre de determinados servicios no rentables por parte de hospitales públicos, como los de medicina interna, o el funcionamiento de los hospitales con una plantilla de profesionales mínima, *“se tenía la percepción que medicina interna eran pacientes crónicos y duraban ahí semanas... y que es una pérdida para la institución (...) inclusive en varias instituciones se cerró el servicio de medicina interna”* (profesional de salud IPS II nivel pública); *“(...) los hospitales se mueven con un staff relativamente pequeños”* (gestor IPS I nivel pública)

Los gestores, por otro lado, apuntan como causas de la escasez de recursos el crecimiento poblacional del área, el cierre de hospitales públicos en la ciudad por parte de la autoridad política, y la desviación de fondos públicos que deberían ir a la prestación, a la intermediación del sistema, *“Bogotá es una ciudad muy, muy grande con un déficit de camas gigantesco. Pienso que somos el único país del mundo que se da el lujo de cerrar los dos más grandes hospitales [públicos] por problemas administrativos (...) Eso es un exabrupto terrible que para nosotros los médicos es espantoso (...) que el manejo administrativo fuera terrible, pues intervéngalo y arréglenlo, pero no lo cierren (...)”* (gestor de IPS I nivel pública).

Finalmente, algunos informantes de los prestadores privados y de ARS opinan que el déficit de oferta de servicios de salud empeora por la política de contratación de la Secretaría de Salud distrital, que no cuenta con la red privada, y por el límite legal que impone a las ARS un máximo de contratación con la red privada del 50%, *“la Secretaria de Salud no ha querido hacer contratos con las entidades privadas para pagarle ese tipo de eventos [no POS-S] (...) me parece que es una manera tonta de contener gastos porque ellos perfectamente podrían hacer contratos con todas las entidades privadas para que las entidades privadas les cobraran mas fácilmente y a tarifas mucho mas cómodas, y tendrían una mejor red”* (gestora de IPS II nivel privada). No obstante, algunos de estos informantes, así como los profesionales administrativos de ARS señalan al mismo tiempo la escasez de oferta privada de baja y mediana complejidad en el área de estudio por la baja capacidad de pago de la población, y de algunos servicios, como las unidades de cuidados intensivos, en toda la ciudad, *“para ellos [IPS privadas] no es rentable [localizarse en la zona]. De pronto hay ciertos sectores que dicen: bueno si no me atienden entonces me voy a un segundo y tercer nivel, y la pago. Pero aquí la gente no tiene la capacidad, entonces no es rentable, para ellos no es rentable”* (profesional administrativo de ARS); *“En segundo nivel no hay mucho [IPS privadas]. O sea, ni en segundo ni en tercero ...¿privado?, ¡todo está en el centro y el norte!, aquí en el sur, ¡no!”* (profesional administrativo de ARS).

**Tabla 5-1.4. Causas de la escasez de oferta de servicios de II y III nivel referidas por los diferentes informantes**

Profesionales de salud IPS públicas	- Búsqueda de rentabilidad económica de los prestadores <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre de servicios no rentables (medicina interna, etc.)</li> <li>• Plantillas mínimas</li> </ul>
Gestores IPS públicas	- Crecimiento poblacional en el área - Cierre de hospitales públicos - Desviación de los recursos públicos a la intermediación
Gestores y profesionales de ARS e IPS privadas	- Política de contratación de la Secretaría Distrital no incluye la oferta privada - Límite legal a la contratación privada de las ARS del 50% - Escasez de oferta de servicios privada de baja y mediana complejidad en el área de estudio - Escasez de oferta de servicios privada de elevada complejidad en la ciudad

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

### **Accesibilidad geográfica**

La mayoría de los informantes opinan que el acceso geográfico a la red de prestadores es bueno en todo los niveles de complejidad. No obstante, los usuarios y profesionales de atención primaria de los barrios más alejados de Ciudad Bolívar opinan que la distancia es una barrera para acceder a los hospitales de más complejidad, *“la accesibilidad es buena porque por ejemplo Vista Hermosa cuenta con hartos CAMIs [Centros de Atención Médica Inmediata] dentro de la zona de Ciudad Bolívar, la Clínica Candelaria [IPS I nivel] está ubicada en un buen lugar, un lugar estratégico dentro de la zona, de fácil accesibilidad”* (gestora de ARS); *“!no, terrible!, ¿usted cree que aquí en Paraíso [barrio periférico] si uno tiene una urgencia...?. Y aquí es un problema en la noche conseguir un taxi. Aquí usted se muere usted pidiendo un taxi”* (usuaria no asegurada). Algunos profesionales de II y III nivel de IPS públicas y privadas también señalan las dificultades geográficas, cuando tienen que remitir un paciente a un hospital fuera de la red por una prueba o un servicio complejo no disponible.

### **Tiempos de espera**

Todos los grupos de informantes señalan el tiempo de espera en los servicios especializados de la red como uno de los factores que más dificulta el acceso, aunque se detectan algunas voces discrepantes. Los informantes opinan que los tiempos de espera son excesivos tanto para obtener una cita en consulta externa -en casi todas las especialidades-, como para conseguir una cama hospitalaria en una derivación urgente a un hospital de más complejidad. Entre los usuarios, los enfermos crónicos son los que más manifiestan su malestar por los tiempos de espera con los especialistas. Algunos usuarios entrevistados señalan tiempos de espera de más de mes y medio o dos meses, y consideran que la alternativa de acudir a la atención urgente con el médico general, más accesible, no es la adecuada para resolver su problema de salud, *“¡Para que! A usted le dan una cita con el especialista, tiene que esperarse por lo menos mes y medio o dos meses (...) ¡Imagínese! y si no pase por urgencias. Es lo que le dicen. Y si no pase por urgencias a que la vea un médico general. Así, así de sencillo”* (usuaria asegurada régimen subsidiado).

En contraposición, algunos gestores de prestadores indican que los tiempos de espera de sus hospitales se encuentran dentro de los límites que establece la Secretaría, *“consultas externas: el tiempo de espera se encuentra dentro de lo que nos exige la Secretaría, a dos tres días dependiendo de las especialidades. A veces podemos tener por nuestra alta demanda... se puede disparar... se ajustan inmediatamente la siguiente semana (...)”* (gestor de IPS II nivel pública). Sin embargo, los gestores de las ARS opinan que la información que publican los hospitales sobre los tiempos de espera no es real ya que los hospitales utilizan algunos mecanismos para mantenerlos bajos artificialmente: cerrar las agendas de los médicos, repartir un número máximo de citas médicas, determinados días de la semana, etc. *“los hospitales tenían que presentar lo bueno que eran, entonces uno veía oportunidad de citas a un día , ¿oportunidad de citas a un día? es mentira, si mis afiliados se están quejando que la oportunidad está a ocho días,¿porque?, porque había demanda insatisfecha (...). Y es que a la gente la ponen hasta cierta hora y de ahí para allá no puede volver a pedir citas (...) si usted está bloqueando las citas a las seis de la mañana, le dan una ficha... pues claro”* (gestora de ARS).

Algunos gestores de ARS consideran que los tiempos de espera más elevados se registran en aquellas especialidades no incluidas en el POS. Según los informantes, estos servicios no POS quedan excluidos de los contratos con los proveedores, con lo cual las aseguradoras no pueden ejercer ninguna presión sobre los prestadores, *“las [especialidades] que nosotros tenemos contratadas directamente, exigimos que se dé dentro de uno términos de máximo, tres días [tiempo de espera]. Realizamos auditoria, seguimiento, para que eso sea así (...) a la no POS no se le hace la misma exigencia (...) uno encuentra ahí barreras porque son servicios que no tenemos contratados nosotros, y que la IPS pública se escuda en la gran demanda que hay de ese servicio de todos los afiliados a las ARS”* (gestora de ARS).

Los entrevistados coinciden en relacionar los tiempos de espera con la escasez de oferta de servicios de salud. En el caso de las derivaciones de pacientes urgentes entre niveles, los informantes atribuyen el tiempo de espera, además de la escasez de camas y ambulancias disponibles, al retraso en el sistema de autorización del traslado por parte del Centro Regulador de Urgencias.

Entre las consecuencias del tiempo de espera mencionadas con más frecuencia por los informantes destaca el empeoramiento de la salud del paciente, y el estrés de los profesionales sanitarios encargados de la derivación de los pacientes urgentes, y los familiares de los usuarios. Por un lado, retrasa el diagnóstico y tratamiento del paciente, y desincentiva al usuario a continuar la atención, *“ellos van a un hospital, y les pueden decir: pues hay cita en nefrología, dos meses en tres meses (...) ellos no tienen opción. Y como es gente pobre, es gente humilde (...) hay que esperar hasta los tres meses, ¿sí?. Y de pronto en los tres meses, o se enferman más, o se mueren, o ya simplemente pierden la intención de ir. Porque pues yo también diría lo mismo, si me van a ver dentro de tres meses seguramente no estoy tan enferma en el momento y no voy a perder el tiempo por allá”* (profesional de salud de IPS II nivel privada).

Por otro lado, en el discurso de los profesionales de I y II nivel y familiares emerge con fuerza el estrés en el proceso de derivación de los pacientes urgentes a hospitales de más complejidad, *“(...) El problema es cuando el paciente empieza a descompensarse y no sale la remisión porque se genera mucha tensión, tanto por el personal asistencial que está buscando una salida rápida porque ve que ese paciente no lo puede seguir manejando acá y en cualquier momento puede empeorar su cuadro clínico, como con por los mismos familiares que ven cada vez está más peor su, el paciente y no se le encuentra una solución rápida”* (profesional de salud IPS I nivel pública); *“él estuvo hospitalizado aquí abajo, y pues como le digo que no..., muchas partes lo rechazaron, pues por la gravedad de... de la enfermedad. Y entonces pues, y a lo último pues nos tocó llamar de verdad, ahí sí a la Secretaría de Salud. Y hablar, y poner la queja (...) pero es que todo un día esperando la llamada.... a ver quien...”* (cuidadora de un usuario sin asegurar).

### **Solicitud de citas**

La solicitud presencial de las citas médicas emerge con frecuencia entre los elementos organizativos de la red de prestadores que obstaculizan el acceso. Este factor es señalado por todos los grupos de informantes, y con especial intensidad por parte de los usuarios. Según los informantes, la solicitud presencial genera un costo en tiempo que dificulta el acceso principalmente para la población ocupada en la economía informal con dificultades para obtener permisos laborales, o aquellos con carga familiar, *“Esta*

*gente no tiene trabajo formal, lo que no quiere decir que no tenga trabajo, tienen trabajo informales con los que se están sosteniendo. Para uno es muy complicado pedir permiso al patrón para ir a pedir una cita, luego para asistir a la cita y luego para irse a hacer los exámenes que en la cita salgan (...) Entonces son cuatro y cinco permisos por cada cita, que un empleador no te aguanta” (gestora de IPS privada); “pues me tocaba hacer fila e ir a hasta tomarme los exámenes, madrugar a las 5 de la mañana” (usuaria no asegurada).*

Algunos profesionales administrativos de las ARS y gestores de IPS privadas defienden este sistema presencial al permite comprobar la identidad del afiliado evitando los fraudes con el préstamo de carnés a población sin asegurar, *“la razón principal por la que no puedes llamar a pedir una cita es que la gente se presta los carnés. La suplantación en esta zona es altísima porque como no todo el mundo tiene carne (...) el pobre que necesita el carné, entonces el vecino “tome yo le presto el mío”, y uno no tiene manera de darse cuenta que ese es el carné del vecino”.*(gestora IPS II nivel privada)

Muchos de los entrevistados coinciden en señalar que la solicitud de la cita con la atención especializada es aún más compleja en aquellos hospitales que limitan la cantidad de citas a repartir y los días en los que se pueden solicitar. Según los entrevistados, esto ocasiona que los pacientes deban realizar varios intentos para conseguir una cita con el especialista, con lo cual muchas veces abandona la búsqueda de atención, *“gente que no vuelve y se quejan en el aire y no van donde el especialista. Uno, dos, tres madrugones le representan un impacto fuerte en su condición, de pedir permiso para el trabajo para no ir a trabajar con implicaciones importantes y desánimo por supuesto (...). Hay pacientes que a veces madrugan, hacen su fila, no le alcanza la ficha el paciente, se cansa y paso un año y dos años y no se le hace el antígeno específico pudiendo estar cursando una enfermedad de importancia”* (profesional de salud de IPS II nivel privada).

## Calidad de la atención

Finalmente, según los informantes el acceso se ve obstaculizado por varios elementos relacionados con la mala calidad de los servicios de salud. Los profesionales de los servicios de salud y algunos gestores de ARS enfatizan el poco tiempo dedicado a la atención del paciente y el maltrato de los pacientes por parte de los profesionales; mientras que los usuarios destacan problemas en la capacidad resolutoria de los servicios, *“primero por el tiempo de consulta de 15 minutos, máximo 20. No más ahí ya con eso tienes una limitante en el acceso (...) lo ideal, lo ideal, sería que el paciente tuviera más tiempo (...) con toda la papelería que tiene que llenar el médico general, pues no alcanza ni siquiera a diagnosticarlo cuando ya se está terminando la consulta”* (gestora de EPS).

El primer factor supone según los entrevistados que el paciente no pueda acceder a una atención adecuada, mientras que los dos últimos, suele ser un motivo para desincentivarle a acudir a los servicios, *“(…) pues llevábamos un tiempo que no íbamos [a los servicios de salud]. Todo lo que nos daban era ehh Naproxeno 400 y este Captopril y no más, no más (...) en ese tiempo ni siquiera un examen a uno le hicieron. Ni siquiera un examen a uno le hacían”* (usuaria régimen subsidiado).

Los informantes atribuyen la escasez de tiempo sobre todo a la carga administrativa en el trabajo de los profesionales y a los contratos de productividad (número de pacientes por minuto) que establecen con las IPS.

**Tabla 5-1.5. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con la red de prestadores de salud referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Escasez oferta de servicios públicos II y III nivel (recursos físicos y humanos)	- Tiempo de espera de los servicios elevado
Barreras geográficas - Distancia de hospitales desde barrios periféricos, y de servicios fuera de la red - Dificultades de transporte	- Coste de desplazamiento
Tiempos de espera elevados	- Retrasa diagnóstico y tratamiento de los pacientes - Desincentiva al usuario a utilizar los servicios - Estrés para los profesionales y angustia para los pacientes en las derivaciones urgentes.
Solicitud de citas - presencial - límite cantidad de días y visitas	- Coste de tiempo para población empleada en economía informal y/o carga familiar - Desincentiva al usuario a utilizar los servicios
Mala calidad de la atención - maltrato, tiempo en consulta insuficiente, y baja capacidad resolutoria	- Desincentiva la búsqueda de atención - Falta de acceso a una atención adecuada

### **1.5. Barreras relacionadas con las características de la población**

El último grupo de factores que dificulta el acceso a la atención según los diferentes grupos de informantes se relaciona con algunas características socioeconómicas de la población: el bajo nivel de ingresos económicos, y el desconocimiento de sus derechos y del sistema de salud (Tabla 5-1.6).

#### **Capacidad económica**

Para los profesionales de los servicios de salud y usuarios, la falta de recursos económicos de la población del área dificulta el traslado a los servicios de salud de aquellos que residen en barrios de la localidad alejados, o cuando se trata de servicios que deben obtener en hospitales fuera de la red, *“acá influye mucho el factor económico. Hay muchas personas que se les ha dado remisión a esos centros y en verdad no tienen los recursos económicos ni siquiera para tomar el transporte para dirigirse hacia esos sitios. Entonces hay muchas personas que no van hasta allá, solamente por el factor económico”* (profesional de salud de IPS I nivel pública ).

Para estos informantes, el bajo nivel de ingresos de la población del área dificulta también la obtención de servicios sobre los cuales se ha establecido un copago, en ocasiones de forma insuperable, *“tenían que darme la orden para un examen y entonces... pero que tenía que pagarlo, y como no tenía plata, quedó así, porque yo de dónde iba a sacar plata para un examen”* (usuaria régimen subsidiado).

#### **Conocimiento de los derechos y uso adecuado de los servicios**

Existe discrepancia entre los informantes en relación al conocimiento de los usuarios afiliados al régimen subsidiado sobre sus derechos en salud y el sistema de salud. Mientras que para los profesionales y gestores de los prestadores, el conocimiento de los usuarios sobre las prestaciones a las que tienen derecho y la red de hospitales a su servicio es escaso, para los gestores de la ARS es adecuado. Para este segundo grupo de informantes, los usuarios han ido mejorando su conocimiento a través de la utilización del sistema y de las campañas de información de las ARS, *“ha ido en aumento, la gente ya maneja más criterios, más niveles de conocimientos sobre estos temas (...) porque de alguna manera la ejecución del plan obligatorio de salud subsidiado en la práctica*

*llega a que la gente se vaya compenetrando con el asunto (...) entonces eso lo van incorporando lo van ejecutando y por eso van conociendo más”* (profesional sanitario de IPS I nivel privada)

La mayoría de los usuarios afiliados al régimen subsidiado entrevistados muestra desconocer las prestaciones a las que tiene derecho, aunque tiene una idea general sobre los hospitales que están comprendidos en la red. Casi todos los usuarios entrevistados tienen dificultades en distinguir entre el SISBEN y el seguro de salud subsidiado. Algunos asegurados confunden la ARS con la IPS, y cuando se produce cambio de IPS piensan que los han cambiado de ARS.

Profesionales y gestores de los prestadores, opinan que las aseguradoras aprovechan el bajo nivel de conocimiento de los derechos por parte de la población para impedir el acceso a los servicios de salud (trámites, restricciones, etc.), *“los desconocen, no tienen idea de cómo pueden acceder a ellos. Muchas veces se vulneran sus derechos (...) en la entrega de medicamentos, no le entregan los medicamentos completos. O le ponen a dar vueltas mediante la caducidad de la fórmula. Entonces les dicen: "su fórmula sólo tiene tres días y no tenemos esta droga, regrese después" y cuando regresa después ya la formula esta caducada y uno tiene que volver a reformularlo. Sí, el paciente no tienen mucho conocimiento de sus derechos”* (profesional de salud de IPS de II nivel pública).

**Tabla 5-1.6. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las características de la población referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Bajo nivel de ingresos económicos	- Dificultad para sufragar los costes del desplazamiento - Dificultad para obtener servicios con copagos
Desconocimiento de derechos y utilización de servicios	- ARS aprovechan el bajo nivel de conocimiento para crear barreras al acceso (trámites, restricciones, etc.)

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado

Los informantes apuntan diversos factores contribuyen al bajo nivel de conocimiento de los derechos por parte de los usuarios (Tabla 5-1.7). Los entrevistados de los prestadores públicos señalan, por un lado, el carácter flotante y el bajo nivel educativo de la población del área, y por otro la falta de provisión de información por parte de la ARS con el objetivo de que haya menos utilización de los servicios. En este punto discrepan con los entrevistados de las ARS que opinan que el esfuerzo de información

realizado por estas entidades ha sido considerable, “(...) *la difusión se ha hecho masivamente. O sea todo el mundo que no sepa es porque vive en otro mundo, porque realmente lo que más se ha difundido ha sido eso: los derechos y los deberes, qué le cubre, qué no le cubre el plan obligatorio*” (gestora de ARS). Algunos profesionales de las IPS privadas y administrativos de la ARS atribuyen el desconocimiento al desinterés del usuario en informarse, pero también al nivel de complejidad del sistema de salud colombiano, “*todas esas cosas no son claras para ellos... como el paciente que yo le digo (...) un paciente que entró por un infarto. Yo le cubrí la urgencia, después del infarto no le cubrí nada, y de pronto se volvió a infartar y pasó a cuidados intensivos y ahí si le cubro yo, “¿como así?,¿ entonces que es de la ARS?”. Es de la ARS, pero cómo le hago yo entender a él que hubo un espacio en que no fue de nosotros, que cuando llegó a la urgencia sí era nuestro, que mientras estuvo hospitalizado y lo sacaron, bueno fue...era del ente territorial, y que casualidad a los diez días se volvió a infartar y terminó en una UCI, entonces el paciente a partir de la UCI, sí es nuestro otra vez!. ¡Muy difícil, muy difícil!. Entonces yo digo, si a nosotros nos ha costado trabajo, nuestros funcionarios todavía...*” (profesional administrativo de ARS)”

**Tabla 5-1.7. Causas del desconocimiento sobre los derechos de salud por parte de la población referidos por los informantes**

Informantes IPS públicas	- Población flotante - Bajo nivel educativo - Falta de información por parte de ARS
Informantes IPS privadas y de ARS	- Elevada complejidad del sistema de salud colombiano - Desinterés del usuario en informarse

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

## 2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

Los informantes proponen diversas reformas y estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud en diferentes ámbitos: en el marco de las políticas y del modelo de sistema de salud, en el ámbito de los servicios de salud, y en el de la población. Las propuestas varían según la categoría del informante (Tabla 5-1.8).

En el ámbito de las políticas, gestores y profesionales de salud de ARS y prestadores públicos y privados coinciden en señalar la necesidad de reformar la Ley 100 para introducir algunos cambios que mejoren el acceso de la población subsidiada como la equiparación del plan obligatorio con el contributivo, y universalizar el aseguramiento,

*“tiene que ser una reforma pero a conciencia de lo que la ley es (...) la parte de...del POS, el Plan Obligatorio de Salud tienen que reformarlo (...) la parte universalidad e... se supone que ya tendríamos que estar todos en un régimen y no existe, esa parte hay que reorganizarlo, plantearse metas nuevas”* (gestor de IPS I nivel pública)

No obstante, los grupos de informantes divergen con respecto al modelo de gestión del aseguramiento. La mayoría de los prestadores públicos proponen la eliminación de las múltiples ARS y la unificación de la gestión del aseguramiento mediante la creación de una única administradora por ámbito municipal, conformada por Secretaría de Salud distrital y hospitales públicos. Según los entrevistados, de esta forma se evitaría que los fondos se desviasen de la prestación a la intermediación, así como el conflicto continuo entre Secretaría y ARS para eludir la responsabilidad de la atención del paciente, *“En algún momento había una propuesta, no se si era de la Secretaría, creo que sí, en la cual se quería que todos los hospitales de la Red conformaran una ARS grande en la cual todos trabajáramos en ese en ese nivel, porque la ARS sencillamente es una administradora de plata del Estado y siguen siendo dineros del Estado. Esa podría ser una muy muy buena opción”* (gestor de IPS I nivel pública).

Algunos gestores de prestadores públicos van más allá de estas reformas y proponen la derogación de la Ley 100 para eliminar completamente la figura de los intermediarios – ARS y EPS – en el sistema, *“La cosa es bastante negra. Se creó una cosa que se llama la Ley 100, y con esa Ley 100 le dieron mucho poder a unas empresas que ganan .... ¡cantidades gigantescas de dinero a costa de la salud de los colombianos!, ¿no?. Entonces la única forma es que derrocaran esa ley”* (profesional de salud IPS III nivel pública); *“Yo pienso que las ARS como tal deberían desaparecer”* (gestor de IPS I nivel pública)

Los gestores de las ARS e IPS privadas, por su parte, plantean la continuidad del modelo actual con más participación del sector privado en la prestación. Para ello proponen la derogación de las leyes y normas que obligan a las aseguradoras a contratar un mínimo con la red pública, *“una de las estrategias sería disminuir el porcentaje obligatorio de la población que debe atender el ente publico (...) toda la red pública tiene un sobrecupo, (...) si esas metas disminuyeran y le dieran mas cabida a la parte privada, eso mejoraría en una forma importante”* (gestora de IPS privada).

En el ámbito de los servicios de salud también sugieren varias estrategias, en su mayoría centradas en el problema de la insuficiencia de recursos. Mientras la mayoría de los gestores y profesionales de hospitales públicos sugiere la ampliación de la oferta pública hospitalaria, los gestores de ARS e IPS privada proponen la ampliación de la contratación con la red privada para suplir el déficit de camas. Muchos de los médicos especialistas opinan que se debería fortalecer el primer nivel de atención para mejorar su capacidad de resolución y reducir las derivaciones y aliviar la congestión de la atención especializada. Para ello sugieren el cambio de la contratación con el primer nivel de atención para mejorar la financiación de este nivel asistencial, y el fortalecimiento de la formación de los médicos en este nivel. Algunos especialistas sugieren la contratación de médicos especialistas en medicina familiar en los primeros niveles, en lugar de médicos recién graduados, *“O sea no ha podido entender que donde se mete la plata es en el I nivel. Y no se mete haciendo charlitas de qué felices somos, ni qué gorditos estamos, sino que tiene que meterse en profesionales de calidad. Allá es donde tiene que estar la gente que realmente sabe. Pero no, ahí están todos los principiantes, todos los rurales, el médico general que llevaba 20 años ejerciendo y nunca más lo capacitaron, ahí sepultado en un I nivel, y el que trabaja por física necesidad”* (profesional de salud de IPS III nivel pública) Los médicos generales entrevistados coinciden en señalar la necesidad de que se refuerce el primer nivel de atención, pero sugieren sobre todo la ampliación de las pruebas diagnósticas que pueden solicitar.

Los profesionales administrativos de IPS y usuarios proponen cambios organizativos para mejorar el acceso. En concreto, modificaciones en el sistema de petición de citas para disminuir los costes del desplazamiento y la no exigencia de autorizaciones de los servicios por parte de las ARS, *“No debería existir las fichas, ¿si? Más bien crear lo que hemos hecho acá. Crear en las personas pues unos conocimientos de que se factura [se atiende] todo el día pero que si llega a determinada hora posiblemente no va alcanzar”* (profesional administrativo de IPS pública). Administrativos de ARS y especialistas de IPS privadas sugieren la utilización del pago por episodio en lugar del capitolativo para evitar los problemas asociados a este mecanismo de retribución identificados – disminución de la actividad, calidad, etc.

Finalmente, profesionales de los servicios públicos mencionan como estrategia, fortalecer la información que ofrece la ARS a la población afiliada sobre la red de atención y la utilización adecuada de los servicios, *“Pues primero educación del paciente, que ellos se sepan exactamente cuáles son los sitios que les... que les corresponde para pues que cada uno se vaya direccionando pues al sitio que le corresponde para la atención de salud, y no congestionen pues innecesariamente algunos centros donde no se les va poder brindar la atención rápida”* (profesional de salud IPS I nivel pública).

**Tabla 5-1.8. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios referidas por los informantes**

Categoría de informante	Ámbito de las políticas y modelo sistema salud	Ámbito de servicios de salud	Ámbito de la población
Gestores y profesionales de salud IPS públicas	- Equiparación POS y POS-S - Universalizar aseguramiento - Administradora pública única (Secretaría + prestadores públicos)	- Ampliación de la oferta pública hospitalaria - Fortalecer el primer nivel de atención (mejor financiación, médicos más cualificados, ampliación pruebas diagnósticas)	
Gestores ARS y profesionales de IPS privadas	- Equiparación POS y POS-S - Universalizar aseguramiento - Múltiples ARS sin límite a la contratación de IPS privadas	- Ampliación de la contratación con red privada - Pago por episodio en lugar de per cápita	
Profesionales administrativos de IPS y usuarios		- Cambio sistema de petición de citas - No se exijan autorizaciones - Pago por episodio en lugar de per cápita	- Información a la población sobre red de atención de ARS y utilización adecuada

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; POS: Plan Obligatorio de Salud; ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

## **Caso 2. El acceso a la red de servicios de salud del área rural**

### **1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud**

La mayoría de los informantes coinciden en señalar que el acceso a los servicios de salud para la población del área rural resulta muy complicado, principalmente en la transición desde el primer nivel de atención a los de más complejidad. Aunque también se detectan problemas de acceso geográfico en la atención primaria que no emergieron en el área urbana.

El tipo de dificultades en el acceso que aparecen con más frecuencia en esta área son similares a las que surgen en el área urbana: los principios del modelo de competencia gestionada, algunos aspectos de la política de aseguramiento, barreras al acceso que imponen las ARS, elementos estructurales y organizativos de la red de prestadores y características socioeconómicas de la población. No obstante, también se aprecian diferencias notables en la intensidad con la que aparecen en el discurso de los informantes algunas de estas barreras. En la zona urbana, a diferencia de la rural, emergen con fuerza barreras relacionadas con las aseguradoras, así como más problemas por el rechazo de los pacientes por parte de los proveedores. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales relacionadas con la red de proveedores como el acceso geográfico y la insuficiencia de la oferta de servicios pública.

#### **1.1. Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada**

Algunos gestores opinan que el modelo de competencia gestionada que introdujo la Ley 100 ha significado un cambio importante en el comportamiento de los hospitales públicos. Según los informantes, tras la reforma, estas instituciones dan más prioridad a la rentabilidad económica, que al beneficio social que reporta la atención a la salud de la población. Destacan algunas prácticas de los hospitales para mejorar sus resultados económicos como el rechazo de patologías poco rentables como las médicas, o de la

atención de pacientes sin financiador, *“las especialidades médicas nadie las quiere coger, todo el mundo le quiere sacar el cuerpo a eso, porque son costosas, ¿si? Y el beneficio, pues la rentabilidad social es altísima. Pero los hospitales en estos momentos con la modalidad que se tiene, tienen que facturar y tienen que ser productivos y la productividad se habla en términos financieros”* (gestor de IPS pública de II nivel). Los informantes consideran que este tipo de prácticas eran inexistentes en los hospitales públicos antes de la reforma, *“la diferencia es que hace diez años lo que necesitaba un paciente se le hacía y punto, sin preguntar de dónde es usted, qué es lo que tiene [seguro] y qué no tiene, se le hacía y el Estado pagaba. Ahora hay que preguntar qué tiene, qué le pasa, y hay que preguntar quién paga o a quién le facturo.”* (gestor de IPS pública de II nivel).

Algunos administrativos además consideran que la creación del seguro subsidiado supuso una división de la población con bajos recursos en dos grupos – afiliados al régimen subsidiado y no asegurados –, con acceso desigual a la atención a la salud, que antes de la reforma no existía, *“A mi sinceramente la ley 100, a mi no me parece que sea...tiene sus puntos buenos, pero yo más creo en el punto negativo de eso (...). Por ejemplo, los mal llamados pobres no asegurados. Esa gente una cosas les cubre y otras no (...) debieran tenerla clasificado igualita, a los pobres no asegurados y a los que tienen ARS”* (profesional administrativo de IPS pública).

Finalmente, algunos gestores entrevistados opinan que a partir de la reforma ha habido un incremento del gasto público en salud que no se ha traducido en una mejora en la salud de la población, *“a pesar de que se han hecho los esfuerzos bien importantes por mejorar, digamos los ingresos que hay para salud, - ahora son muy superiores a los que habían hace ocho o diez años-, uno se pregunta, ¿por qué seguimos viendo nosotros el índice de enfermedad y de carga enfermedad tan alto? (...) los diagnósticos son los mismos: neumonía, diabéticos descompensados, hipertensión descompensada, infartos, enfermedades diarreicas, etc. problemas respiratorios”*(gestor de IPS pública de II nivel).

**Tabla 5-2.1. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Búsqueda de sostenibilidad económica por parte de los prestadores de salud pública	- Rechazo de patologías poco rentables - Rechazo pacientes sin financiador
División de la población sin recursos en asegurados y no asegurados	- Acceso desigual a la atención

## 1.2. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento

En el discurso de los diferentes grupos de informantes surgen las políticas y normativas de aseguramiento como elemento que dificultan el acceso de la población a los servicios de salud, al igual que en el área urbana. Entre ellas, la afiliación al seguro de salud subsidiado, el Paquete Obligatorio de Salud (POS-S) y algunas condiciones que regulan el acceso, y el nivel de copagos en el sistema (Tabla 5-2.2). Las diferencias principales entre áreas se refieren a los tipos de obstáculos en la afiliación al seguro.

### La afiliación al seguro de salud

En el acceso a la atención de los problemas de salud de la población del área rural emerge como dificultad, la afiliación al seguro de salud subsidiado. Todos los grupos de informantes identifican como principal problema en la afiliación, la utilización que hacen los políticos locales del seguro subsidiado como mecanismo de obtención de votos. Este elemento aparece con más intensidad que en el área urbana. Otras barreras en la afiliación que emergen en las entrevistas con los informantes de esta área, a diferencia de la urbana, son la política de priorización en la afiliación de determinados grupos poblacionales y la escasez de información sobre el derecho a asegurarse.

Según los entrevistados, las irregularidades de los políticos locales en la selección de la población beneficiaria tiene como consecuencia que población con capacidad adquisitiva para afiliarse al régimen contributivo disfrute del seguro subsidiado, mientras que población con capacidad socioeconómica baja se quede sin cobertura, *“lo han manejado muy políticamente porque uno se encuentra en urgencias gente que vive en estrato cuatro o cinco con carnés subsidiados de nivel uno que son para gente que está en estado prácticamente de indigencia (...) y es que los políticos en época de*

*elecciones para ganar votos ofrecen afiliación al SISBEN*” (profesional administrativo del prestador).

Los usuarios entrevistados que han intentado afiliarse sin éxito identifican como impedimento principal la priorización en la afiliación de determinados grupos poblacionales -embarazadas, niños menores de un año, enfermos crónicos, etc.- que excluye al resto de población potencialmente beneficiaria, *“pues me dicen que no [afiliarlos a una ARS], que porque ellos [hijos] son mayores ya del año”* (usuaria régimen subsidiado).

Los problemas tras la afiliación son diferentes a los del área urbana. En este caso, el principal problema que señalan los informantes, es la cobertura geográfica del seguro subsidiado, de ámbito exclusivamente municipal, mientras que en el anterior se refería a la movilidad de la población entre regímenes de aseguramiento (doble afiliación) y entre aseguradoras dentro del mismo régimen (multiafiliación).

Los usuarios residentes en el área con carné del SISBEN o afiliados a una ARS destacan la imposibilidad legal de utilizar el seguro cuando cambian la residencia a otro municipio. Los usuarios deben realizar nuevamente el proceso de aseguramiento en el nuevo municipio, así como los trámites para la desafiliación en el antiguo. Según los entrevistados, esta dificultad afecta especialmente a aquella población con mucha movilidad por motivos laborales, como los jornaleros, o por el conflicto armado, *“el [carné del SISBEN] de Restrepo como que no me sirve para aquí, mi me servía para Vijes, ni para Pereira. Entonces tocaba que... en Vijes también lo sacamos y me tocaba que venir aquí a volver hacer las vueltas, y mandar una carta, hacer una carta por escrito para que me borrarán de allá, porque dicen que uno no puede tener varios SISBEN, porque a lo último queda sin nada”* (usuaria no asegurada).

### **El Plan Obligatorio de salud (POS-S)**

Gestores, profesionales de los niveles más complejos y algunos usuarios coinciden en señalar la cobertura limitada de prestaciones del POS-S, *“el régimen subsidiado es muy limitado. Entonces tiene un plan de beneficios que cubre determinadas patologías, determinados procedimientos, determinados medicamentos y tienen una gran cantidad*

*de patologías, de medicamentos, de exámenes que no son cubiertos por su aseguradora” (gestor IPS II nivel pública).*

La mayoría de los gestores y profesionales entrevistados consideran que la organización de los procedimientos – pruebas diagnósticas y medicamentos- incluidos en el POS-S por niveles asistenciales puede dificultar el acceso a los servicios. Específicamente, la prohibición a los hospitales de más complejidad de realizar pruebas diagnósticas de primer nivel. Los entrevistados consideran que por estos motivos los pacientes acuden a varios hospitales para resolver un problema que podría solucionarse en un único nivel asistencial, con el riesgo de pérdida del paciente por el sistema y por tanto de continuidad, *“si usted tiene una embarazada en el nivel uno que le va a pedir un urocultivo, ese urocultivo ya no se lo cubre el sistema en el nivel uno (...) muchas veces terminan remitiéndola al nivel dos simplemente para la realización de un examen (...) es un desgaste y una pérdida de tiempo para la paciente también muy grande. Muchas paciente en ese ir y venir se pierden y no vuelven a control prenatal o se retrasa su consulta, no se hacen los exámenes”* (profesional de salud IPS II nivel pública); *“para tomar una citología aquí en el hospital [segundo nivel] no hay quien se la pague. O sea eso puede dar risa, muchas cosas dan risa, eso parece un chiste malo, pero es verdad”* (profesional de salud IPS II nivel pública).

En relación a los servicios no incluidos en el POS-S, los informantes destacan el exceso de trámites administrativos que deben realizar los usuarios para obtener la autorización las prestaciones excluidas del POS-S, *“hay que hacer pruebas a los pacientes que no están incluidas en el POS. Entonces eso tiene todo un trámite, hay que hacer un papeleo para que al paciente le autoricen eso”* (profesional de salud IPS III nivel pública). Algunos profesionales indican que los afiliados al régimen subsidiado utilizan cada vez con más frecuencia la acción de tutela contra la ARS para obtener estos servicios.

### **Copagos y pago a los servicios**

En las narraciones sobre la trayectoria de la atención, tanto de los usuarios no asegurados como de los asegurados al régimen subsidiado, surge el pago a los servicios como un factor que impide en muchas ocasiones acceder a la atención en salud que

requiere el paciente. En el caso de los no asegurados, en relación a los medicamentos, pruebas diagnósticas y atención especializada básica; y en el de los asegurados, el copago por los servicios excluidos del POS-S – principalmente de las pruebas diagnósticas o tratamientos continuados para enfermedades crónicas o de alto coste-, “entonces ya atendieron a la niña que estaba bien, que no tenía nada en el corazón y la mandaron una cita que pal otorrino, y no pude llevarla porque valía \$30.000 pesos [30€]” (usuaria no asegurada); “porque como a mi me mandaban eso de la tiroides y todo, y habían unos que valen como dos millones, tres millones [1.000€] y yo no sé. Unos exámenes de esos que yo necesito y no me los puedo hacer porque valen eso. No ve que el médico dijo, “vea, venda su casa, lo que usted tenga”, y yo le dije, “¿y que casa tengo yo?”, “yo no tengo casa” (...). O sea la TSH sí me lo a hecho porque ese sí me lo cubre el carné, pero los otros, los otros que es de la glándula y todo eso no me los he podido hacer porque son muy caros” (usuaria asegurada régimen subsidiado).

**Tabla 5-2.2. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las políticas de aseguramiento referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
<b>Afiliación al seguro de salud</b>	
Utilización partidista del seguro subsidiado	- Población sin capacidad de pago sin cobertura de aseguramiento - Población con capacidad de pago afiliada al régimen subsidiado
Priorización en el aseguramiento de determinados colectivos	- Población sin capacidad de pago sin cobertura de aseguramiento
Información insuficiente sobre el derecho de afiliación	- Usuarios potencialmente beneficiarios no intentan afiliarse
Cobertura local del régimen subsidiado	- Imposibilidad de utilizar el seguro en otros municipios - Trámites nueva afiliación
<b>POS-S</b>	
Baja cobertura de prestaciones del POS-S: medicamentos, pruebas, etc.	- Población no accede a esos servicios excluidos
Trámite excesivo para acceder a las prestaciones no POS-S	- No acceden o acceden tarde a las prestaciones excluidas en el POS
Clasificación de las prestaciones por niveles asistenciales	- Recorrido por diversos hospitales para resolver un problema de salud - Falta de continuidad
<b>Copagos</b>	
Existencia de copagos no asequibles para población sin recursos - no asegurados: medicamentos, pruebas diagnósticas, servicios especializados - asegurados: medicamentos y pruebas enfermedades crónicas y alto coste	- Población no accede a los servicios

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; POS: Plan Obligatorio de Salud

### 1.3. Barreras relacionadas con las aseguradoras (ARS)

La mayoría de los informantes, y con especial énfasis los usuarios, coinciden en destacar la autorización de la ARS como una de las barreras más importante en el acceso a la atención especializada. Gestores y profesionales de los niveles de más complejidad identifican además, problemas en la entrega de medicamentos contemplados en el POS-S (Tabla 5-2.3). Se aprecian diferencias con el área urbana en la que surgieron también otros mecanismos de control de la atención y formas de contratación con los proveedores que limitaban el acceso, así como la dispersión geográfica de la población afiliada por la presencia de múltiples aseguradoras en el área.

#### Mecanismos de control de la atención

##### *Autorizaciones*

Muchos de los informantes señalan diversos elementos relacionados con las autorizaciones de los servicios que están incluidos en el POS-S que dificultan el acceso. El coste del desplazamiento para realizar los trámites, así como la lentitud en la obtención de las autorizaciones son los principales barreras señaladas por los informantes. Los usuarios indican que la obtención de la autorización implica viajes continuos entre el pueblo y la ciudad, en la que se localiza la oficina de autorización de la aseguradora, que les genera un coste en tiempo y transporte elevado. La información deficiente por parte de la aseguradora sobre el proceso de autorización (horarios, lugar, etc.) complica aún más el proceso, y muchas veces les ocasiona traslados innecesarios, *“yo un día fui así y me hicieron devolver del Departamental [Hospital III nivel] porque que tenía que ir a autorizar. Y a veces no me querían autorizar en Cali sino que tenía que venir acá a la Cumbre. Entonces pa’ devolverse uno, entonces como que le queda berraco. (...) me dijo que eso tenía que ser con la promotora de acá, la de la cumbre, que ella era la que hacía esas órdenes y todo eso”* (usuaria régimen subsidiado). Los usuarios entrevistados opinan que los trámites más costosos son los de las autorizaciones durante los episodios de hospitalización, *“a uno debería de, de que le den la orden, y ya. Pero vea, eso lo mandaban a Cafesalud, allá, y que Cafesalud, “no, que tiene que traerme las otras”. Tocaba que ir donde él estaba en la Sirena*

[hospitalizado], *volver a traer esos papeles de los otros días para poder de que lo pusieran al día, pa' poderlo sacar*" (usuaria régimen subsidiado).

Los gestores de los prestadores y profesionales de la salud opinan que las autorizaciones suponen un retraso importante de la atención del problema de salud, *"se demora ocho días, perfectamente 15 días en autorizar, en autorizar y decirle, sí, ya se puede ir a tomar el examen, y ya puede ir al Hospital Departamental a mirar cuando lo va atender el especialista al que la mandaron"* (profesional de salud IPS II nivel pública).

Algunos médicos especialistas opinan que las ARS tienen incentivos a retrasar la autorización de determinadas pruebas diagnósticas para no tener que cubrir la atención de las enfermedades de alto costo, *"No, no el alto costo tiene es un problema (...) por ejemplo, a usted le dicen, digamos de que están sospechando de un cáncer en tal sitio y le mandaron un TAC, y al paciente le toca hacer un trámite terrible para que la ARS le reconozca que tiene que hacerle ese TAC y finalmente se lo autorizan (...) porque la ley le dice a usted, tiene que hacer el TAC, pero no le dice cuándo. Entonces la ARS le dice, mire es que tenemos una cola de TACs por hacer, entonces a usted le toca en dos meses. Realmente ese paciente va a terminar complicado por otra cosa. Y esa otra cosa, ¿sí?, ya no le toca a la ARS sino que le toca asumirla de pronto al gobierno"* (profesional de salud IPS II nivel pública).

### **Entrega de medicamentos**

Algunos gestores y profesionales de los hospitales de más complejidad señalan entre las barreras en el acceso, la negativa en algunas ocasiones de las ARS a cubrir medicamentos incluidos en el POS-S. Para los informantes esto dificulta notablemente el control de enfermos crónicos por parte de los primeros niveles de atención que se traduce en ingresos evitables en la atención especializada, *"si uno recorre las salas de medicina interna lo que mas ve son diabéticos descompensados. Cuando va uno a indagar de pronto causas de estas acá, está el paciente que no se controló bien su diabetes (...) que la ARS no le entrega sus medicamentos a tiempo, que el trámite por ejemplo de la entrega del medicamento se demora días (...)"* (profesional de salud IPS II nivel pública).

**Tabla 5-2.3. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las ARS referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Autorizaciones de prestaciones incluidas en el POS - Lentitud del proceso - Coste tiempo y transporte elevado - Información deficiente sobre el proceso a usuarios	- Retrasan la atención del paciente - Aumentan los costes de la atención
Restricciones en la entrega de medicamentos	- Los asegurados no obtienen los medicamentos - Dificulta el control de los pacientes crónicos

POS: Plan Obligatorio de Salud

#### 1.4. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

Existe consenso entre los profesionales y gestores en destacar entre las dificultades al acceso relacionadas con la red de prestadores, una oferta de servicios de nivel especializado insuficiente y poco accesible geográficamente. Los usuarios además señalan problemas en el acceso asociados a la organización de los servicios: petición de citas presencial, impuntualidad e incumplimiento de las citas por parte de los profesionales (Tabla 5-2.5).

#### Oferta de servicios de salud especializados disponible

Gestores y profesionales señalan problemas en el acceso ocasionados por una oferta de servicios de nivel II y III insuficiente. Los informantes destacan que la ciudad y municipios cercanos sólo disponen de dos hospitales de nivel II, uno de los cuales no funciona durante el día, y un hospital de nivel III de referencia para todo el Departamento, también insuficiente para la demanda existente, *“el problema es de la ciudad y del Departamento [Valle], el problema no es de instituciones. Realmente, el problema es de una demanda muy superior a la oferta que se tiene en servicios de salud. Por decir algo, tenemos 300 camas de nivel 2 y requerimos 500”* (gestor IPS II nivel pública).

En el nivel II, los informantes sitúan la falta de recursos en las especialidades básicas: pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía. Los entrevistados señalan que la deficiencia en la oferta de nivel III es más aguda en unidades de cuidados intensivos y

en la atención oncológica. Como consecuencia de la insuficiencia de recursos, muchos pacientes no pueden ser remitidos al tercer nivel, *“No se cuenta sino con un hospital, que es el hospital universitario, el cual también vive copado. Entonces allí [en el Hospital de nivel II] hay patologías que son tributarias de ellos [de nivel III]. Por decir algo como ejemplo típico, el infarto de miocardio. Todos los protocolos de manejo ¿sí? dicen que el infarto hoy en día es de manejo intervencionista. Muchas veces nos quedamos en el diagnóstico pero no podemos hacer el intervencionismo que sería tributario ya de ese tercer nivel ¿sí?”* (gestor IPS II nivel pública).

Gestores y profesionales señalan como causas de la insuficiencia de oferta de servicios de mediana y alta complejidad, factores relacionados con la población, la organización de los servicios, y la contratación de las aseguradoras (Tabla 5-2.4). Entre los primeros destacan el rápido crecimiento poblacional en el área metropolitana. Entre los organizativos, la baja rotación de las camas hospitalarias y la reducida capacidad resolutoria de la atención primaria, *“nosotros tenemos un porcentaje de ocupación bastante alto y son pacientes que no tienen un giro cama muy bueno, entonces se demoran mucho, son estadías prolongadas y eso hace que los servicios se saturen”* (profesional de salud IPS II nivel). Algunos gestores y médicos especialistas opinan que la baja resolución del primer nivel provoca que los servicios de urgencias de los hospitales estén colapsados por patologías que se podrían prevenir, *“(…) neumonía, diabéticos descompensados, hipertensión descompensada, infartos (...) cosas que de pronto si uno interviene muy bien en el nivel uno puede manejar adecuadamente esa enfermedad y evitar a que le llegue a una complicación”* (gestor IPS II nivel).

Finalmente, entre los factores relacionados con la compra de servicios, los informantes señalan la selección por parte de los hospitales de aquellas patologías más rentables – tarifas más elevadas y/o estancias más cortas; y la falta de contratación de algunas especialidades de alta tecnología por parte de algunas ARS; *“hay patologías que no económicamente no...no tienen eh... no son rentables, no son atractivas ¿sí?, como por ejemplo, todas las patologías de medicina interna, las patologías crónicas, por el nivel de estancia, por el costo de medicamentos, por los elementos de diagnóstico. Entonces la gente tiene la tendencia hacer patologías que son de una resolución rápida, de una estancia baja, y que el sistema tiene unas tarifas adecuadas. (...)Y eso va en contravía con lo que es la pirámide poblacional.”* (gestor IPS II nivel pública); *“a veces*

*el HUV [IPS III nivel], no tiene convenio con determinadas instituciones [ARS], y uno se ve en la problemática de mandar al paciente pero no hay a donde, ¿sí? Entonces termina el paciente quedándose en urgencias porque no podemos conseguir a donde mandarlo” (gestor de IPS II nivel pública).*

**Tabla 5-2.4. Causas de la insuficiencia de oferta de servicios públicos de II y III nivel referidas por los informantes**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crecimiento poblacional en el área metropolitana</li> <li>- Selección de patologías más rentables</li> <li>- Baja rotación de camas hospitalarias</li> <li>- Capacidad resolutive de la atención primaria baja</li> <li>- Falta de contratación de hospitales de III nivel</li> </ul> |
|--|

### **Accesibilidad geográfica**

Según la mayoría de los informantes, el coste que genera el desplazamiento al hospital municipal de I nivel, localizado en la cabecera del municipio y a los hospitales de más complejidad, situados en la ciudad, dificulta de forma importante la utilización de los servicios por parte de la población, *“Yo pienso que una de las barrera es la de transporte. El transporte es vital, si la gente tiene para comer un día no tiene para el bus. Prefiero descuidar mis dientes, mi dolor porque tengo que comer y si un día dejo de trabajar, ¿cómo hago para subsidiar lo otro? Lo mas fácil es no ir al hospital (...) Eso seria como un ciclo vicioso que nunca va a terminar” (profesional administrativo IPS pública).*

Para los usuarios entrevistados es la barrera de acceso más importante, de forma que en ocasiones les impide acudir a los servicios especializados, por lo que muchas veces prefieren ser atendidos en el hospital de I nivel del municipio *“a veces uno no va porque, por una parte el pasaje, vale \$ 6.000 [2€] ahora como que vale \$ 7.000 porque como que ya subió ida y vuelta y si uno no los tiene y para atenderlo a uno allá, uno tiene que tener algo, porque papeles y todo eso le cuesta a uno. Entonces si no tiene, pues ahí tiene que aguantarse la enfermedad porque que se va a hacer, a pura hierba” (usuaria régimen subsidiado); “no, pues con veinte mil pesos [6,6€], voy y vengo pero sin gastarme ni una gaseosa, ni nada, (...). En cambio acá yo voy con cinco mil pesos [1,6€], al hospital de la cumbre, entonces sale más económico acá y yo voy a los controles, lo que me manden pal’ niño acá, pero acá, porque yo a Cali si no” (usuaria*

régimen subsidiado). En determinadas aldeas del municipio, el acceso a los hospitales de la ciudad o a los servicios de I nivel ubicados en municipios colindantes, que no son de referencia, puede resultar más fácil por la mejor comunicación o mayor proximidad.

Los diferentes grupos de informantes opinan que los problemas en el desplazamiento hasta los servicios son resultado de una combinación de diversos elementos: un municipio con una geografía muy abrupta, población dispersa en múltiples aldeas, vías en mal estado y transporte público no diario, *“aquí, lo que yo veo tenaz... es el transporte de la gente de las veredas [aldeas], hay unas demasiado lejanas y el transporte es malísimo: tienen transporte los miércoles y los sábados, los traen y a las 10 de la mañana ya los carros ya se están yendo. (...) No hay sino un solo carrito y eso parecen racimos de plátano ahí montados, es impresionante. Yo le contaba el sábado de esa señora de la vereda [aldea] de La María, que es bien lejos, que se viene acaballo a las 3 a 4 de la mañana, pa llegar a las 2 de la tarde a consulta, eso es muy tenaz, las veredas [aldeas] son lejos, hay una que otra, la mayoría son lejos”* (profesional administrativo IPS pública).

Para algunos profesionales, la falta de contratación de algunas especialidades básicas con los primeros niveles contribuye a empeorar los problemas de acceso geográfico de la atención especializada en las zonas rurales, *“aquí está todavía en Colombia muy centralizada la atención por especialista, prácticamente el 70% están en las grandes ciudades. No hemos logrado que por especialidad se dé esa descentralización (...) Algunos, niveles uno contratan horas de especialista por semana, pero la mayoría son para actividades quirúrgicas o para actividades de procedimientos diagnósticos ecografía y esas cosas, pero no tanto para atención de población, porque a ellos no se los reconocen en el contrato, no le paga el departamento ni el municipio eso”* (profesional de salud IPS II nivel).

### **Tiempo de espera**

El tiempo de espera se convierte en una dificultad en el acceso, según los informantes, en el caso de las pruebas diagnósticas y las consultas médicas con el especialista debido a la insuficiencia de recursos en estos niveles, *“nuestra disponibilidad está entre 60 días en promedio para los especialistas. Está muy prolongada, no hay oportunidad”*

(gestor IPS II nivel pública). El acceso a la atención urgente especializada es ágil, según usuarios y gestores del primer nivel, aunque algunos entrevistados puntualizan que es rápido cuando se remite a los pacientes desde el primer nivel atención, no cuando acuden directamente a las urgencias de los hospitales más complejos, *“les pedí el favor [al hospital de la Cumbre] que me remitieran al Departamental [Hospital III nivel]. O sea yo les pedí el favor y les dije “no más háganme el favor y me remiten al hospital Departamental, porque es que allá es difícil la entrada”, con una remisión entonces ya, yo podía entrar fácil. Entonces me llevaron en ambulancia.”* (usuaria no asegurada).

El tiempo de espera de las citas médicas en el primer nivel es adecuado, según la mayoría de los usuarios. No obstante, algunos entrevistados señalan que en ocasiones no las obtienen para el día deseado, lo cual les dificulta el acceso por la falta de transporte diario entre la aldea y el pueblo, *“para sacar cita no es tantísimo, aunque ahí muchas veces que dicen que no hay cita para el día que uno pide”* (usuaria no asegurada).

### **Solicitud de citas**

En el discurso de los usuarios emergen algunos elementos relacionados con la solicitud de citas que dificultan el acceso a los servicios de salud. En el primer nivel, algunos usuarios contemplan la cita previa como un obstáculo al acceso – principalmente para aquellos que se desplazan desde aldeas lejanas - cuando acuden espontáneamente y los servicios los rechazan por no haber realizado previamente la solicitud. Los gestores del hospital de primer nivel indican, sin embargo, que la procedencia de los usuarios es uno de los factores que se tienen en cuenta para permitir la atención médica sin cita previa, *“no es que yo vi una señora también que hicieron devolver, de por allá de Jiguales. Esa señora no había sacado la cita. Yo dije bueno pues deberían de haberla atendido ¿cierto?. Que no, que tenía que sacar la cita. La hicieron devolver y por allá tan lejos.”* (usuaria régimen subsidiado); *“Nosotros tenemos prioridad por la zona rural, entonces si nos llega alguien de la zona rural, ¿si?, que no tiene cita, a esa persona se le atiende”* (gestor IPS I nivel pública);

En la atención especializada, el sistema de solicitud de citas de tipo presencial, es señalado por los usuarios como una barrera en el acceso por el coste del desplazamiento que conlleva. A pesar de que los profesionales de los niveles de más complejidad

entrevistados señalan que los hospitales atienden inmediatamente a la población procedente del ámbito rural, los usuarios entrevistados indican que la atención con el especialista les supone desplazarse al menos dos veces a la ciudad: para solicitar la cita y para recibir la atención, *“nosotros aquí por lo menos en el nivel dos tratamos de que cuando la paciente viene de un sitio fuera de Cali la atendemos inmediatamente, o se la aprendemos el mismo día para no darle el proceso de la cita y después que vuelva otra vez la atendemos inmediatamente”* (profesional de salud IPS II nivel pública); *“por lo menos hoy voy, pido la cita, y por ahí para dentro de 15 días o un mes me dan la cita, para el día que yo tengo que ir”* (usuaria régimen subsidiado).

Algunos usuarios indican que el coste del desplazamiento en la solicitud de citas se eleva aún más cuando los hospitales introducen límites en el número de citas que pueden solicitar al día. Según los entrevistados, esto ocasiona traslados repetidos a la ciudad para conseguir la cita con el especialista, *“por ejemplo tienen 7 fichas y uno llega, porque como le digo, de aquí uno llega y tal y llegó. “No, es que ya entregamos la ficha, no hay mas fichas y es que no se puede”. Pero si a veces el caso más grave es el de uno, y que no, que hay tantas fichas O sea, no deberían tener un número determinado porque, hay gente mucho más urgente que a veces está es casi agonizando y que lo dejen que no, que para otro día”* (usuaria no asegurada).

Los usuarios entrevistados identifican como facilitador del acceso la posibilidad de solicitar la cita médica telefónicamente a través de la promotora de salud de la aldea.

### **Incumplimiento de horarios**

Finalmente, el incumplimiento de los horarios de las citas por parte de algunos médicos en los primeros niveles genera problemas a los usuarios procedentes de aldeas distantes por las dificultades en el transporte que les genera, *“a mí lo que no me gusta también de allí es que a uno lo citan a tales horas y a veces no le dan ni la hora de la cita y uno demora hasta medio día y a veces lo quiere dejar el carro a uno, porque no lo atienden ligero”*. (usuaria régimen subsidiado).

**Tabla 5-2.5 . Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con la red de prestadores de salud referidas por los informantes**

<b>Causas de las dificultades</b>	<b>Consecuencias</b>
Escasez oferta de servicios públicos II y III nivel	- Tiempo de espera de los servicios elevado - Los pacientes no pueden ser remitidos a esos niveles asistenciales
Barreras geográficas - Distancia a los servicios dentro y fuera del municipio - Geografía abrupta	- Coste de transporte elevado - Coste de tiempo elevado - Los usuarios no acuden a los servicios de salud
Tiempos de espera elevados en la atención especializada ambulatoria	- Retrasa la atención de los pacientes
Solicitud de citas - I nivel de atención: cita previa - II y III nivel: sistema presencial y límite a la cantidad de días y visitas	- Riesgo de rechazo de pacientes sin cita aunque proceda de aldeas lejanas - Costes de transporte y tiempo población rural elevados - Desplazamientos para solicitar las citas infructuosos
Incumplimiento horarios	- Problemas con el transporte

### 1.5. Barreras relacionadas con las características de la población

En el discurso de los informantes emergen barreras al acceso a los servicios relacionadas con características económicas y con el desconocimiento de derechos y servicios de las redes, de forma similar al área urbana. No obstante, también surgen obstáculos de tipo social que dificultan el desplazamiento a los servicios que no surgen en el caso anterior (Tabla 5-2.6).

#### Características económicas y sociales

Para la mayoría de los usuarios entrevistados, la falta de recursos económicos dificulta su desplazamiento a los servicios de salud ubicados en la ciudad, así como el acceso a medicamentos, pruebas y atención especializada por los cuales deben realizar un copago, “yo les decía: “que pena, no tengo plata doctor, ¿yo que hago? no tengo, no tengo, no tengo. Entonces me decían “compre esta mas barata” (...)“Yo me aguanto”, le decía yo así. Yo no hacía todo lo que ellos me decían porque realmente no tenía plata y era la verdad” (usuaria sin asegurar); “Hay veces que uno no tiene ni para el transporte, y uno va a un hospital, “¡no!, usted tiene que pagar tal cosa”, ¿Y cómo hace uno para pagarlo? Pues le toca irse en las mismas porque uno no tiene de adónde. Por eso uno acude a un servicio así, porque uno no tiene de adónde” (usuaria régimen subsidiado).

Junto con la falta de recursos económicos como obstaculizador del desplazamiento a la ciudad, algunas usuarias y gestores también señalan la carga familiar – hijos, trabajo doméstico, etc. -, la falta de apoyo familiar, y el desconocimiento del medio urbano – transporte, direcciones, etc.-, *“entonces me dio esa preclancia, (...) y el médico también preocupado que me fuera pa’ Cali. Y yo no me quería ir pa’ Cali porque, pues como yo tengo otro niño, el gordito, entonces no podía dejarlo solo porque como aquí no hay donde dejarlo, ¿con quién lo voy a dejar? El esposo anda trabajando y yo aquí con quién lo dejo, no hay con quién dejarlo”*(usuaria régimen subsidiado); *“sacarlo de su entorno y traérselo a un medio que muchas veces es un medio muy hostil, porque no están acostumbrados a este tipo de congestión, vehiculares, calles, arreglos de vías, congestión de buses, etc.”* (gestor IPS I nivel pública).

### **Conocimiento de los derechos**

Para los gestores de prestadores y profesionales de los primeros niveles, otro factor que limita el acceso de la población asegurada al régimen subsidiado es el desconocimiento de los servicios a los que tiene derecho. Aunque para algunos gestores el nivel de conocimiento ha ido mejorando ligeramente después de la aprobación de la Ley 100, todavía es muy limitado, *“malo aunque ha mejorado, yo digo que en este momento la gente tiene un poco más de conocimiento a qué tengo derecho, de lo que tenía hace diez años (...). Entonces en este momento yo diría que la gente todavía le falta mucho conocimiento”* (gestor IPS I nivel pública). Entre las causas, los informantes destacan la falta de información por parte de las ARS y de formación de sus profesionales, *“no creo que las entidades tengan como política mostrarle pues a que tiene derecho. Yo no lo veo. De hecho muchas veces ni siquiera las entidades lo saben”* (gestor IPS I nivel pública); *“no, a mí no me dijeron nada, sino que me dijeron “salió favorecida en Café Salud”, y qué tiene que ir por el carné y así”* (usuaria régimen subsidiado).

La mayoría de los usuarios afiliados al régimen subsidiado entrevistados muestra desconocer las prestaciones a las que tiene derecho y tienen una idea aproximada sobre los servicios que comprende la red, basada en su experiencia en el uso de los servicios, *“pues de lo que yo s , que es en el Departamental, pero así otro hospital, no, no s  nada  o ste?”* (usuaria régimen subsidiado del Hospital Departamental); *“pues yo no se,*

*por lo menos la cesárea me la cubrió, y la droga, yo no se pa que mas, pa que me servirá eso”*(usuaria régimen subsidiado- materna alto riesgo).

Los usuarios no asegurados entrevistados muestran desconocimiento sobre el derecho a asegurarse, así como dificultades para distinguir entre la afiliación al seguro subsidiado y la identificación del nivel socioeconómico (SISBEN), por lo que muchos de ellos no han intentado asegurarse, *“¿pero o sea que sí a uno le dan CaféSalud, no le quitan el SISBEN? (...) ¿pero no dicen pues que si uno no más tiene que tener una sola entidad?”* (usuaria no asegurada).

**Tabla 5-2.6. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las características de la población referidas por los informantes**

<b>Causas de las dificultades</b>	<b>Consecuencias</b>
Bajo nivel de ingresos económicos	- Dificulta el desplazamiento a los servicios especializados - Dificulta el acceso a medicamentos, pruebas diagnósticas y atención especializada
Carga familiar Falta de apoyo familiar Desconocimiento del medio urbano	- Dificulta el desplazamiento a los servicios especializados situados en la ciudad
Desconocimiento de los asegurados al subsidiado de los servicios a los que tiene derecho	- Dificulta la utilización de servicios
Desconocimiento de los no asegurados del derecho a asegurarse	- Población sin capacidad de pago sin cobertura de aseguramiento

## **2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios**

Las estrategias que apuntan los informantes para mejorar el acceso a los servicios son variadas, referidas en su mayoría a las características del seguro de salud subsidiado y su gestión, y a los servicios de salud (Tabla 5-2.7). El tipo de propuestas en cada ámbito es similar al que se citan en el área urbana, con la excepción de la conformación de redes de servicios de salud accesibles geográficamente.

En el ámbito del seguro de salud subsidiado, muchos de los usuarios entrevistados proponen la mejora de la cobertura, tanto en lo que se refiere a las prestaciones que contempla como en la extensión de la afiliación del régimen subsidiado a toda la población, *“la droga que le manden, debe de cubrirse, porque hay gente muy pobre que*

*a veces no tiene como comprar su droga. Si vienen donde el médico, tienen que volverse a ir, porque a veces no tienen para comprar la droga”* (usuaria no asegurada).

En relación a la gestión del seguro, algunos gestores proponen eliminar los múltiples intermediarios en el régimen subsidiado, y la conformación de una única administradora a nivel departamental integrada por los hospitales públicos. Según los informantes de esta forma se incrementarían los fondos destinados a la prestación de servicios, evitando el desvío de recursos que supone la intermediación en salud *“yo pensaría que si se pudiera armar una ARS entre hospitales directamente, que esos recursos llegaran a los mismos hospitales, fueran ellos mismos los que manejaran eso, y fueran ellos mismos los que aseguraran a su gente y fueran ellos mismos los que atendieran a su gente. (...) Sería una propuesta interesante porque es poner al prestador que en este momento está sintiendo que el pulpo grande, o que la ARS se le está quedando con una cantidad de plata que sería de él ¿si?”* (gestor IPS I nivel pública).

Las estrategias propuestas en el ámbito de los servicios de salud difieren según la categoría de informantes. Por un lado, gestores y médicos especialistas concretan estrategias como la ampliación de la oferta pública de servicios de II nivel; la organización de la oferta pública en redes de hospitales de ámbito geográfico que provean atención a lo largo del continuo asistencial - *“regionalización de los servicios de salud”*-; y la mejora de la capacidad resolutive del primer nivel de atención para evitar derivaciones innecesarias y resolver la congestión de los hospitales de más complejidad, *“que existieran dos niveles, dos bien capacitados con todas las especialidades básicas: uno en el sur, que pudiera ser el hospital Mario Correa Rengifo [IPS II nivel], y otro acá, en el norte, que es el hospital san Juan de Dios. Pudiera haber un tercero porque incluso por estándar internacionales uno podría tener un hospital nivel dos por cada 500mil habitantes (...) el Isaías Duarte Cancino [IPS II nivel] que tiene una ubicación estratégica que es toda el área deprimida de lo que es agua blanca que es una población vulnerable y que tiene una demanda altísima”* (profesional de salud IPS II nivel).

Algunos informantes plantean integrar los hospitales del Seguro Social en estas redes geográficas de servicios de salud, a través de contratos entre la Secretaría y el Seguro, *“Cali podría contratar con el seguro la prestación de ese nivel tres - no solamente el*

*Hospital Universitario [IPS III nivel] - para crear un nivel tres acá en el sur que es el HUV, y quedara un centro en el norte que es el Instituto del Seguro Social” (profesional de salud IPS II nivel).*

Por otro lado, los usuarios, el personal administrativo y los médicos generales señalan en el ámbito de los servicios más que estrategias específicas, aspectos que deberían mejorarse para facilitar el acceso como la agilización de los trámites que realizan con las aseguradoras; la mejora de la accesibilidad a la atención médica en el primer nivel de atención con más oferta de puestos de salud y recursos médicos en las aldeas distantes del municipio; y la reducción de los tiempos de espera en los niveles de más complejidad, *“a mi me gustaría que me afanaran las cosas, me entiende que yo pidiera la cita y me dijeran, venga esta semana tal día, tal hora, tal y así, ¿me entiende? que me dijeran, bueno tal ese se lo vamos a sacar, le vamos a hacer esto y lo otro, me gustaría eso, que me atendieran como muy rápido y mas cuando uno está como adolorido, que le duele todo y a veces entender que la cuestión económica de uno, es extremada”* (usuaria régimen subsidiado)

**Tabla 5-2.7. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios referidas por los informantes**

Categoría de informante	Ámbito del seguro de salud y su gestión	Ámbito de servicios de salud
Gestores y profesionales de salud IPS de II y III nivel	- Administradora única a nivel departamental (prestadores públicos)	- Ampliación de la oferta pública hospitalaria de II nivel - Creación de redes de servicios de salud por ámbito geográfico - Mejorar la capacidad resolutive del I nivel de atención
Profesionales salud IPS de I nivel, administrativos y usuarios	- Ampliar prestaciones del POS-S - Universalizar aseguramiento	- Agilizar trámites de autorización - Ampliación de oferta pública hospitalaria de I nivel en aldeas distantes - Disminución tiempos de espera

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



## **Régimen contributivo**

### **Caso 3. El acceso a la red de servicios de salud del área urbana**

#### **1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud**

La mayoría de los informantes opinan que el acceso al continuo de servicios de salud de la población afiliada al régimen contributivo residente en Ciudad Bolívar no es adecuado. A diferencia del resto de casos en los que las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, en este también se detectan graves problemas para acceder a los servicios de salud básicos.

Aunque el tipo de barreras en el acceso que aparece en el discurso de los informantes de esta red es similar a los de la red subsidiada seleccionada para esta área – con la excepción de los principios del modelo de competencia gestionada que no emergen en este caso –, se aprecian diferencias en la fuerza con la que surgen en el discurso, en algunos obstáculos dentro de cada tipo, así como en las causas por las que aparecen estas barreras. En la red subsidiada, en comparación con la contributiva, destacan los obstáculos ligados a la poca cobertura de prestaciones del POS-S, su diseño y el nivel de copagos, mientras que en la contributiva emergen con más intensidad los obstáculos estructurales relacionados con la provisión de servicios – oferta disponible y acceso geográfico. Las barreras relacionadas con los mecanismos de control de la utilización que emplean emergen con semejante intensidad en ambas aunque el tipo de mecanismo empleado es distinto.

#### **1.1. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento**

Los informantes identifican elementos relacionados con las políticas de aseguramiento al seguro de salud contributivo que dificultan el acceso de la población a la atención de la salud similares a los que emergieron para el régimen subsidiado. Se destacan las dificultades para afiliarse al seguro de salud y algunas normas que regulan el acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS). La amplitud del POS y los copagos también surgen

como dificultadores del acceso, pero con menos intensidad que en el régimen subsidiado (Tabla 5-3.1).

### **La afiliación al seguro de salud**

En contraste con el seguro subsidiado, en el que los informantes señalaban factores que dificultaban la afiliación relacionados con el carácter focalizado del seguro –errores en la identificación de los beneficiarios y priorización en la afiliación-, en este caso se relacionan, por un lado, con las condiciones laborales de la población y el límite en el número de beneficiarios por cotizante, y por otro, con los desincentivos a la afiliación al seguro contributivo por parte de potenciales beneficiarios.

La falta de acceso a un trabajo asalariado y estable en el tiempo es la principal barrera en el acceso al aseguramiento contributivo para la población de Ciudad Bolívar, según los gestores de la EPS, *“si hablamos del acceso a una cobertura, pues la dificultad es inherente a la del tipo de trabajo que tienen las personas, el no poder tener una relación laboral a través de un contrato laboral o la misma economía informal que llamamos aquí, o la misma dificultad tan grande de tener un empleo estable hace que ese acceso se pues sea difícil”* (gestora de EPS). Los informantes destacan en particular la temporalidad en el empleo, y como consecuencia tasas de rotación elevadas en la afiliación a la EPS.

El límite en el número de beneficiarios por cotizante es otra de las dificultades que emerge principalmente en las entrevistas con los usuarios. Algunos informantes habían tenido algún familiar – normalmente los padres del afiliado- que había sido desafiliado al ser sustituido por otro miembro de la familia como beneficiario – generalmente por los hijos- , *“Allá me dijeron. Le toca sacar a su papá porque ya usted tiene hijos. Como ya tiene dos niños, entonces le toca sacarlo a él para meter a los niños.”* (usuaria régimen contributivo)

Finalmente, los profesionales de salud y administrativos señalan diversos elementos que desincentivan a muchos individuos asalariados o con capacidad de pago, a afiliarse al régimen contributivo, o afiliarse a sus familiares. En primer lugar, la falta de continuidad en el aseguramiento: los individuos pierden su afiliación al seguro contributivo y no

recuperan el seguro subsidiado cuando quedan desempleados, *“yo he visto más de un caso...más de 10... ¡uy!... muchos casos, que por no perder el SISBEN se incluye solamente el que está trabajando. (...) Entonces uno le pregunta, “¿usted porque no ha incluido a sus hijos a lo del... dentro del plan contributivo, si usted tiene derecho?, para eso está usted trabajando, para eso está cotizando, usted puede y eso no tiene ningún costo adicional”, “no porque van a quitarme el SISBEN”* (profesional administrativo IPS).

En segundo lugar, la escasa oferta de servicios próximos a la localidad en las redes de las aseguradoras y la poca calidad de las existentes, *“creen que el SISBEN es la octava maravilla (...) no es lo mismo que tu estés, no sé en Famisanar y tengas que ir a la 64 clínica Colsubsidio con 13, cuanto tu vives en Ciudad Bolívar (...) no es fácil para un paciente, así quisiera pagar una EPS tener acceso a los servicios de salud de su EPS si vive en el sur. Porque son muy pocos o las clínicas, son clínicas muy pequeñas y no les generan confianza”* (profesional de IPS II nivel). Y finalmente, otros motivos como la falta de información de la población sobre la diferencia en la cobertura entre los dos seguros, y los copagos que deben realizar en el régimen contributivo, *“aquí hay mucha gente afiliada al SISBEN. Los del régimen contributivo tienen más cobertura en muchas cosas, pero el SISBEN es gratis en todo. Entonces como la gente.... Yo pienso que el problema es darle información realmente al usuario de qué cosas tiene y qué cosas no tiene y de qué tanto le beneficia estar en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado”* (profesional de salud IPS I nivel).

### **El Plan Obligatorio de salud (POS)**

Existe discrepancia en relación a la adecuación de las prestaciones que cubre el paquete de beneficios del seguro contributivo. Mientras que para los profesionales del primer nivel de atención, el Plan Obligatorio (POS) integra las prestaciones necesarias, para algunos gestores de la EPS y médicos especialistas se excluyen prestaciones importantes, especialmente en lo que se refiere a técnicas diagnósticas e insumos básicos. Los informantes apuntan como causa la falta de actualización del POS de acuerdo al avance tecnológico registrado, *“de insumos porque si tu miras el Plan obligatorio de salud, no ha cambiado para nada desde el año 1994, y se hizo en esa época con unos, con unos perfiles y una parte económica que no funciona hoy. Hoy la*

*tecnología ha aumentado hartísimo. En esa época se hacía todo abierto ahora se hace todo por endoscopias por laparoscopias, todo por endovascular” (gestora EPS).*

En las entrevistas con los usuarios y algunos gestores de EPS emergieron dificultades que provienen de condiciones que regulan el acceso a las prestaciones del POS: el periodo mínimo de cotización, la cobertura durante los primeros días de afiliación y la suspensión de la afiliación por el impago de la cotización. Según los informantes, muchos usuarios no son atendidos en servicios de alto costo – unidades de cuidados intensivos, etc. – porque no cuentan con el período mínimo de cotización exigido por la ley 100, *“otro problema que tenemos ahí grandísimo son las semanas de cotización. Si yo sé que este paciente está saliendo de acá y necesita una unidad de cuidados intensivos porque aquí ya lo tuve aquí metido, necesito un porcentaje [de cotización]. Si el paciente no tiene el porcentaje... tú llamas a San Rafael [hospital III nivel] , y aunque tenga camas no lo reciben (...) el usuario debe hacer unos depósitos para asegurar la continuidad de la atención y empiezan los problemas clínico administrativos” (gestora EPS).*

Otra barrera en el acceso que señalan algunos usuarios es la norma que les impide recibir las prestaciones incluidas en el paquete básico de forma completa durante el primer mes cuando se inicia la afiliación o se reanuda después de una suspensión, *“me parece un abuso, un atropello, porque si uno paga, si usted está afiliada, está afiliada hasta el 20 de agosto y inmediatamente le dicen a usted, usted quedó desafiada, y al otro día usted va y paga, ¿por qué tienen que decirle que tiene que esperar un mes para recibir atención, si sigue siendo, sigue pagando la misma salud?(...) a mí me tocó esperar, imagínese todo ese tiempo, y yo con esos malestares (...). Y ya cuando me dijeron “ya puede pedir la cita”, me tocó esperar precisamente otros veinte días (...)” (usuaria régimen contributivo).*

## **Copagos**

Aunque la mayoría de los usuarios entrevistados considera que los copagos al seguro contributivo no son elevados, algunos enfermos crónicos y gestores lo identifican como una barrera en el acceso, principalmente en el caso de los copagos en los medicamentos,

“(…) Digo, doctor si no tengo ni para comerme un pan. Mucho menos para comprar esos [medicamentos] de 25.000 pesos. Déme lo más barato.” (usuario régimen contributivo). Algunos informantes opinan que los copagos no deben existir porque ellos realizan su contribución al seguro mensualmente, “no sé qué necesidad haya. Si uno mensualmente paga, porque si paga mensualmente y eso se paga cumplido y todo eso (…) y hay veces que no se utiliza uno, dos, tres meses (…) entonces no sé para qué la cuota moderadora realmente” (usuaria régimen contributivo).

Finalmente, algunos afiliados pertenecientes a la categoría A – nivel más bajo de copago- se sienten discriminados en relación a los afiliados pertenecientes a otras categorías, en relación a los servicios prestados por la aseguradora: menor acceso a pruebas diagnósticas y a la atención especializada, “por ejemplo a veces presentaba sangrados, y que no me mandaban a hacer los exámenes que por que simplemente, pienso yo no, no me lo dijeron, pero uno se da cuenta que de la categoría A a la B hay mucho y que les importaba cinco no mandarle a hacer ciertos exámenes a uno” (usuaria régimen contributivo).

**Tabla 5-3.1. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las políticas de aseguramiento referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
<b>Afiliación al seguro de salud</b>	
- Escaso acceso a trabajo asalariado estable	- Población sin seguro contributivo
- Límite legal en el número de beneficiarios por cotizante	- Familiares sin seguro contributivo
- Desincentivos a la afiliación en el contributivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del seguro subsidiado</li> <li>• Redes de prestadores de EPS inaccesibles geográficamente</li> <li>• Poca información sobre diferencias en la cobertura entre el seguro subsidiado y contributivo</li> <li>• Mayores copagos en el régimen contributivo</li> </ul>	- Evasión del seguro contributivo por parte de los potenciales beneficiarios
<b>POS</b>	
- No se actualiza	Población no accede a esos servicios
- Condiciones que restringen el acceso a las prestaciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodos mínimos de cotización</li> <li>• Cobertura no inmediata</li> </ul>	- No tienen derecho a ser atendido en servicios de alto costo - No tienen derecho a las prestaciones completas incluidos en el POS durante el primer mes de afiliación
<b>Copagos</b>	Dificulta el acceso al tratamiento
- Medicamentos de tratamientos crónicos	

POS: Plan Obligatorio de Salud; EPS: Empresa Promotora de Salud

## **1.2. Barreras relacionados con las aseguradoras (EPS)**

Los usuarios y profesionales de atención primaria comparten la percepción de que las aseguradoras y la red de IPS propia (Colsubsidio) obstaculizan el acceso de los pacientes a la atención a la salud. Se detectan importantes discrepancias en este aspecto con gestores de EPS e IPS, y profesionales de atención especializada.

Al igual que en la red subsidiado del área urbana, las dificultades señaladas se refieren principalmente al establecimiento de mecanismos de control de la atención - aunque el tipo de instrumento varía - y la priorización de la atención del paciente en determinados centros de la red contratada. En este caso surgen los límites a la práctica clínica que imponen las aseguradoras, mientras que la autorización se identifica más como un facilitador del acceso que como una barrera. En relación a la red subsidiada emergen obstáculos al acceso que no aparecían en aquella como la selección de riesgos en la afiliación, así como elementos de aquella que aquí no surgen derivados de la contratación fragmentada de los procesos o el cambio de proveedores en la red (Tabla 5-3.2).

### **Mecanismos de control de la atención**

#### *Límites a la práctica clínica*

En el discurso de los actores se detecta una divergencia de opiniones en torno a los límites a la práctica clínica entre el grupo de médicos generales y usuarios, por un lado, y el de gestores y médicos especialistas por otro.

Los profesionales del primer nivel de atención opinan que la aseguradora limita de forma importante el tipo de pruebas diagnósticas que los médicos generales pueden solicitar en la red de IPS propia (Colsubsidio). Los usuarios entrevistados perciben también restricciones en la prescripción de medicamentos e insumos de coste elevado – prótesis, etc. -, y en el acceso a la atención especializada, “*cuando yo voy al médico (...) uno lo analiza a él, que no es casi la culpa de él, que es que a ellos los tienen limitados, que tienen que dar cierta droga (...) y ciertos exámenes se le pueden hacer. O sea hasta*

*los más económico, lo mas barato*” (usuaria régimen contributivo); *“va uno quejándose digamos de una hemorragia y en vez de directamente atenderlo a uno el ginecólogo que es el que entiende o puede decirle a uno inmediatamente a esta señora hagámosle una ecografía, o no se qué examen (...); primero lo tiene que ver es medicina general y luego le dicen a uno, “no tienes que pedir cita con el ginecólogo porque yo solamente le mando un calmante”*. (usuaria régimen contributivo). Algunos usuarios perciben que es más fácil obtener estos servicios en hospitales contratados que dentro de la IPS propia, *“ese examen debió habérselo mandado el médico que lo vio, el que lo remitió en Ciudad Roma [IPS propia] (...). Viendo que estaba tan malito y que tenía esas cuestiones, no lo, no le mandó ese examen y ni siquiera le dijo que eso era de cirugía ni nada (...) el de la San Rafael [IPS contratada] lo vio inmediatamente y le dijo que eso era para cirugía y fuera de eso, pues mandarle ese examen y se lo hicieron y le digo que le tomaron una biopsia (...)”* (usuaria régimen contributivo).

Profesionales del primer nivel de atención y usuarios coinciden en opinar que el control de costes es el motivo principal de la introducción de restricciones por parte de la aseguradora, *“(...) entonces empezaron a hacernos contención de costos evitando que nosotros los médicos generales pidiéramos algún tipo de laboratorio”* (profesional de salud IPS I nivel); *“no sé si será que yo tuve al niño tan reciente y hubieron esos gastos, que seguramente Famisanar los limita, bueno con tal paciente o tal cotizante hasta tal parte tendrá que usted llegar o tanta cosa se puede invertir. Yo analizo que es eso”* (usuaria régimen contributivo).

La mayoría de los gestores de prestadores y médicos especialistas señalan en cambio que no existe ningún tipo de restricción en la red asistencial propia. En relación al tipo de pruebas que puede solicitar la atención primaria, los gestores opinan que son las adecuadas para este nivel de complejidad, *“(...) Tampoco puede uno dejar abierta la opción de que el médico general le esté ordenando TAC a diestra y siniestra porque nos desborda los gastos del sistema, ¿no? que el médico general piensa que era mejor tomarle una resonancia magnética de la rodilla, ¿será?, puede que sí pero ¿y si no? ¿cuánto se nos fue ahí? Por no tener una consulta con el ortopedista”* (gestora IPS II nivel).

Dentro de estas dos categorías, no obstante, emergen algunas voces discrepantes en relación a las opiniones generales. Uno de los gestores entrevistados identificó el uso de contratos y protocolos de atención con el nivel especializado como mecanismo para restringir el acceso al especialista en la red propia. En estos protocolos se establece un periodo máximo de atención, percibido como insuficiente, tras el cual el paciente debe ser remitido al médico del primer nivel de la red propia, *“esa IPS [contratada] no se queda con el paciente, y la red toma la..., en el centro medico de atención básica. (...) Dentro del contrato está un contrato de manejo de 30 días, que es lo que dice el contrato o el protocolo de manejo para eso, esos pacientes quirúrgicos. Pero después la retoma tiene que seguir haciéndolo la IPS primaria (...)”* (gestora EPS).

Finalmente, uno de los médicos especialistas entrevistados señaló la práctica frecuente en otras aseguradoras de limitar el número de medicamentos y pruebas diagnósticas que pueden solicitar los profesionales, mediante sanciones económicas o la desautorización de las pruebas solicitadas, *“en otras EPS usted tiene derecho a formular diez medicamentos en toda la tarde y si usted no lo formula le pasan el memorando. Entonces lo que hacen los médicos en otras EPS es que formulan medicamentos no POS y hacen que el paciente los compre (...)”* (profesional de salud IPS II nivel).

Los informantes señalan diversas consecuencias de los límites percibidos. Los profesionales de atención primaria indican el retraso en el diagnóstico y tratamiento del problema de salud de los pacientes, y el empeoramiento del estado de salud de los pacientes como resultado del retraso en la atención, *“si yo le digo a un paciente mire es que usted tiene que esperarse tres meses pa’ que lo vea un fisiatra, pa’ que le pida una radiografía de columna lumbar, (...) yo el diagnóstico casi lo tengo desde aquí, yo ya se casi es lo que hay que hacer desde acá. Imagínate que se está definiendo una patología de un, de un tratamiento realmente sencillo a tres meses”* (profesional de salud IPS I nivel); *“(...) por ejemplo en cáncer. (...) el centro médico de atención básica no ... no tiene ese nivel de complejidad para atender el cáncer (...) a los dos años el paciente vuelve con una semilla, nuevamente con una metástasis, y es muy triste porque el grupo de atención oncológico no lo sigue viendo, porque perdió, porque soltó al paciente”* (gestora EPS).

### *Autorizaciones*

Gestores y usuarios y profesionales administrativos de la EPS señalan algunos elementos que facilitan el acceso a la atención en el proceso de autorización de los servicios. Por un lado la inexistencia de autorizaciones en la red propia, lo cual facilita el acceso de los pacientes a lo largo del continuo de servicios; y por otro, la realización del trámite de autorización de forma telefónica en la red contratada, evitando costes de desplazamiento – transporte y tiempo - a los pacientes. Según los informantes, en otras EPS el trámite de autorización suele efectuarlo el paciente, *“es un sistema que lo planeamos buscando la comodidad de nuestros usuarios, porque anteriormente o muchas EPS lo hacen de esta forma. Hacen que el usuario cada vez o cada tercer día tenga que ir por prorrogas de autorización a los puntos (...) Muchas veces los usuarios no tiene capacidad económica para desplazamiento o son los únicos en la familia, (...) y váyase a un punto de autorizaciones a aguantar colas”* (profesional administrativo EPS); *“no hay trabas, no hay autorizaciones adicionales, no hay una tercera persona que esté cuestionando en ningún momento si lo que decidió el medico general o el médico del nivel x hacer con el paciente tenga que hacerse o no”* (gestora de EPS).

### **Priorización de la atención en determinados centros de la red**

Muchos de los usuarios entrevistados y algunos de los gestores entrevistados opinan que uno de los factores que limita el acceso es la priorización de la atención del paciente en determinados centros de la red cuando remiten los pacientes. Según los informantes, el objetivo de esta estrategia por parte de la aseguradora es disminuir los costes, atendiendo a los pacientes en los centros que les ofrecen condiciones económicas más favorables (menores tarifas, etc.). Esta práctica vulnera el acceso geográfico y la libre elección de centro por parte del afiliado, según los entrevistados, *“yo agredo al usuario porque si él viene de allá [Ciudad Bolívar] y yo me doy cuenta de la parte económica, aunque el usuario quiera irse para San Rafael (...), yo no lo voy a mandar a San Rafael. En Chayo [IPS más alejada], me cuesta menos, lo atienden mas rápido y va a salir más rápido ¿ves? y esos son los estudios que hacen aquí atrás”*. (gestor EPS); *“cuando a uno le hacen las afiliaciones por Famisanar, a uno le dan a uno una cantidad de opciones, pero realmente cuando uno necesita el servicio ya no es donde*

*usted quiera, con lo que le ofrecieron, si no lo que ellos buenamente les de la gana mandarlo” (usuaria régimen contributivo).*

### Selección de riesgos

Algunos gestores de aseguradoras señalan que las EPS evitan la afiliación de determinados colectivos como los trabajadores autónomos, porque consideran que es un tipo de población con poca estabilidad en la cotización y elevado gasto, *“Es fácil si es de una empresa conocida, pero el trabajador independiente o el trabajador de empresas pequeñas le puede parecer más difícil (...) Porque nadie los quiere. Porque es una persona que muchas veces se afilia para tener un evento de salud y luego se desafilia, entonces no tiene continuidad en la cotización, no tiene antigüedad se afilia para gastar. Es la interpretación, ¿no?” (gestora de EPS).*

**Tabla 5-3.2. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las EPS referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Límites a la práctica clínica - pruebas diagnósticas y medicamentos - acceso al especialista	- Retraso en la atención del paciente - Complicación del estado de salud del paciente
Priorización de la atención en determinados centros de la red	- Dificultan el acceso de los pacientes (geográfico, etc.) - Contrario a la libre elección del paciente
Selección de riesgos - trabajadores autónomos	- Dificultades en la afiliación al seguro contributivo

EPS: Empresa Promotora de Salud

### 1.3. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

En el discurso de los informantes surgen diversos factores estructurales relacionados con la red de prestadores que dificultan el acceso de los afiliados a la atención: la inaccesibilidad geográfica de la red de prestadores de la aseguradora, la oferta insuficiente y los elevados tiempos de espera. A diferencia de las redes del régimen subsidiado en las que estas barreras se referían sobre todo a la atención especializada, en este caso también surgen en relación a la atención primaria. Los informantes identifican el tiempo de espera como la barrera organizativa más importante. La solicitud de citas emerge como facilitador en el acceso, en contraste con el seguro subsidiado en el que se percibe como barrera (Tabla 5-3.3).

### **Accesibilidad geográfica**

En general, todos los informantes convergen en señalar como gran dificultad en el acceso a los servicios de salud de la población afiliada residente en la localidad, la inaccesibilidad geográfica de la red de prestadores que articula la aseguradora, *“yo creo que el acceso real geográfico para toda la población de Ciudad Bolívar pues no es muy, no es un acceso excelente, no es un acceso adecuado hay mucho camino que recorrer para algunos pacientes para poder llegar a sus consultas”*. (gestora IPS II nivel).

Los entrevistados atribuyen la inaccesibilidad geográfica a la escasez de centros - principalmente de I y II nivel asistencial - próximos a esta área. En relación a la oferta de primer nivel, algunos gestores mencionan ampliación de servicios con la apertura reciente de centros en el sur por parte de la IPS propia, aunque opinan que aún resultan insuficientes, *“no pues faltan, faltan pero ya están construyendo, ya están construyendo una IPS aquí cerquita y están construyendo muchos mas centros. Se abrió al IPS de Soacha [IPS I nivel], se han abierto muchos centros”* (profesional administrativo EPS). En relación a la oferta de complejidad mediana, gestores y profesionales opinan que además de contar sólo con un centro en este área, no dispone de todas las especialidades, con lo cual los usuarios deben trasladarse al norte para ser atendidos, *“Roma [IPS II nivel] desafortunadamente no tiene todas las especialidades de interconsulta de todas las especialidades, entonces le toca al usuario obligatoriamente desplazarse (...) el usuario se tiene que desplazar más al norte, y el norte sería es Colsubsidio 63 [IPS II nivel] que es lejos. Para los usuarios geográficamente es lejos”* (gestora EPS).

En cuanto a la oferta de urgencias y alta tecnología, algunos profesionales administrativos opinan que el acceso geográfico no resulta tan complicado como en el resto de niveles, al contar con hospitales en el sur de la ciudad, *“Pues lo que pasa es que la parte del sur es donde están mas concentrados los centros ¿no? (...) tenemos el Hospital Cardiovascular del Niño de Soacha, tenemos a San Rafael tenemos a San José. Entonces tenemos instituciones que están bien, bien hacia el sur para que el acceso de los pacientes sea muy fácil.”* (profesional administrativo EPS).

Los profesionales del I nivel indican que con frecuencia, los pacientes no acuden a la atención especializada cuando son remitidos, como consecuencia de la dificultad geográfica en el acceso. Los informantes perciben que por este motivo los usuarios buscan ser atendidos exclusivamente en el primer nivel de atención, *“hay muchos pacientes que no se les hace las cosas por eso, [distancia geográfica]. Yo llevo pacientes hipertensos remitiéndolos un año al internista y no han ido al internista. (...) En realidad es una zona, y nosotros estamos muy lejos”* (profesional de salud IPS I nivel). Otra consecuencia de la inaccesibilidad geográfica es el uso de otros servicios no incluidos en la red de la aseguradora – principalmente los servicios de urgencia públicos de la zona- por parte de los afiliados, a cargo de su propio bolsillo, *“muchos consultan al hospital de aquí muchos, muchos de nuestros pacientes las urgencias se las está atendiendo la red”* (profesional de salud IPS I nivel).

### **Oferta de servicios disponible**

La mayoría de los entrevistados señalan un déficit en la oferta de servicios en la red que ofrece la aseguradora en todos los niveles de complejidad. La insuficiencia de servicios se percibe no sólo para la población afiliada a la EPS residente en el área de estudio sino para los afiliados en Bogotá. En el I y II nivel de atención, los entrevistados destacan la insuficiencia de centros de atención básica, camas hospitalarias para población adulta, servicios de urgencias, ambulancias, y servicios de apoyo terapéutico. En el nivel de alta tecnología señalan la falta de recursos para la atención oncológica, VIH, quemados y cuidados intensivos. Algunos usuarios añaden la insuficiencia de profesionales de salud en los centros de la red, *“Esos hospitales si tienen, tanto paciente, ¿por qué no contratan más cirujanos, para que estos pobres hombres no tengan que trabajar tan a la carrera ni tan forzados y corran el riesgo de matar a un paciente?”* (usuaria régimen contributivo).

En cuanto a la escasez de servicios de menos complejidad, algunos informantes señalan como causa la falta de inversión por parte de la IPS propia (Colsubsidio), especialmente para la atención de la población adulta, *“(...) en adultos pues no tenemos sino la atención de partos, nos toca contratar o sea estamos necesitando un hospital de*

*adultos y el otro punto que también es insuficiente es los servicios de urgencias en Bogotá que así hayan mejorado muchísimo siguen siendo pocos”* (gestora EPS).

En relación a la escasez de servicios de alta tecnología, la mayoría de informantes opina que es un problema común en el régimen contributivo, no exclusivo de la red seleccionada. La insuficiencia en la oferta se agrava según los entrevistados, por un lado, por la priorización por parte de los proveedores de atender aquellos pacientes afiliados a aseguradoras con las que establecen convenios preferentes o exclusivos; y por otro, por el cierre de hospitales públicos de estos niveles de complejidad, *“hay mucha IPS o mucha clínica que últimamente ha hecho su convenio directo con EPS. Entonces ya prácticamente son exclusivas de determinadas EPS. Entonces sí se ve muchas veces esa preferencia por la admisión de pacientes”* (profesional administrativo EPS); *“hospitales como el San Juan de Dios [IPS III nivel], hospital como el Lorencita Villegas [IPS III nivel] que apenas están reabriendo con otra institución pero que está manejando solamente urgencias. El mismo Materno-infantil [IPS III nivel] que pues ya ahoritica lo abrieron pero con ciertas dificultades”* (profesional administrativo de EPS).

### **Tiempo de espera**

Una de las barreras al acceso que con más intensidad emerge en el discurso de todos los grupos de informantes es el elevado tiempo de espera, con diferente énfasis en el tipo de servicio según la categoría. Gestores y profesionales administrativos destacan principalmente la espera en la atención urgente, y usuarios y profesionales de salud, en la atención especializada por consulta externa, *“pero estamos muy deficiente en camas, en oportunidad [tiempo de espera] de estancia hospitalaria, en oportunidad de salas de cirugía”* (gestora IPS II nivel); *“la oportunidad [tiempo de espera] no está buena. O sea, pienso que los pacientes si sacan una cita, pues relativamente prioritaria, no la están consiguiendo”* (profesional de salud IPS II nivel). Algunos gestores perciben que el tiempo de espera de los servicios empeora en las fases de crecimiento de la economía del país, en las que crece el empleo, hay más afiliados y por tanto mayor demanda, *“tenemos épocas de oportunidades [tiempo de espera] malas de oportunidades, de acceso difíciles porque, mmm, porque en la medida en que la economía del país del país mejore algo, pues hay mas personas afiliadas y el crecimiento no tiene la misma agilidad”* (gestor IPS II nivel)

Según los informantes, la causa del elevado tiempo de espera es la insuficiencia de oferta. Entre las consecuencias de esta barrera de acceso, citan el desplazamiento del paciente para obtener atención en centros de atención especializada más alejados a la localidad, con tiempos de espera más bajos; y el empeoramiento de la salud de los pacientes, principalmente de los que presentan una enfermedad de mayor gravedad o urgente “(...) *si la cita está disponible en Usaquen [IPS II nivel] y es la mas cercana que encontramos, al paciente le toca trasladarse hasta Usaquen, que de aquí a Usaquen, es de esquina a esquina [de Bogotá]*” (profesional de salud IPS I nivel). Para los profesionales de salud, el elevado tiempo de espera en la atención especializada supone el retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como la atención en un nivel no adecuado, “*se demora mucho en tener un diagnóstico por lo que es muy desligado. Pasa de acá, pasa de acá, y si aquí no se puede, pasa de acá y aquí otra vez. Entonces en este transcurso de tiempo para que un paciente sea operado ponle cuatro o cinco meses, y a veces cuando es un cáncer es mucho tiempo*” (gestora IPS II nivel); “*algunos se nos salen de ese lapso de tiempo. Se nos pueden ir incluso a veces a dos días. Hay pacientes que hemos tenido aquí en urgencias, lo tenemos en observación dos días porque no había donde ponerlo. Hay otros que nos ha tocado quedarnos con el paciente y resolverle con los recursos que tengamos.*” (gestor IPS II nivel).

### **Incumplimiento de horarios**

La mayoría de los usuarios coinciden en identificar el incumplimiento de los horarios por parte del médico y la anulación de las citas médicas, como otra de las dificultades que con más frecuencia se encuentra en el acceso a la atención de la salud, “*lo mandaron a Partenón [IPS II nivel]. No, cada vez que él iba, el médico no estaba, el médico no llegaba, llegaba por allá mejor dicho 3, 4 horas tardísimo y siempre perdiendo la cita, no cambie la cita, cambie la cita*” (usuaria régimen contributivo).

### **Solicitud de citas**

La mayoría de los usuarios distinguen como facilitador del acceso a los servicios de salud, el sistema de petición de citas por vía telefónica. No obstante, algunos informantes señalan diversos fallos en el sistema como la lentitud en la respuesta, “*Pues*

*es bueno, aunque a uno lo dejan esperando ahí media hora, pero bueno*” (usuaria régimen subsidiado).

Otro elemento que identifican los profesionales de salud que agiliza el acceso es la comunicación directa entre los centros para solicitar citas prioritarias. Sin embargo, algunos profesionales opinan que el sistema no siempre es efectivo por los elevados tiempo de espera, *“si nosotros necesitamos una remisión prioritaria, o sea nosotros estamos sospechando un cáncer o alguna cosa grave, nos toca hablar directamente con la jefe de atención del cliente del centro médico y pedirle el favor de que nos consiga una cita”* (profesional de salud IPS I nivel); *“(…) es complejo, a veces ni siquiera utilizando ese tramite se consiguen las citas. Entonces pues le toca ir al paciente directamente allá a hablar con la jefe y mirar la manera de conseguir la cita porque a veces es muy complicado”* (profesional de salud IPS I nivel).

**Tabla 5-3.3. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con la red de prestadores de salud referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Distancia red de prestadores de la EPS	- Los usuarios no acuden a la atención especializada - Utilización de urgencias en servicios públicos fuera de la red mediante pago de bolsillo
Oferta de servicios insuficiente todos los niveles asistenciales	- Tiempo de espera elevado
Tiempos de espera elevados	- Retraso en el diagnóstico - Empeoramiento estado de salud del paciente - Los pacientes no pueden acceder al nivel de complejidad adecuado - Coste de desplazamiento a centros con menos tiempo de espera
Incumplimiento de horarios	- Retraso atención

EPS: Empresa Promotora de Salud

#### 1.4. Barreras relacionadas con las características de la población

El último grupo de factores que dificulta el acceso a la atención de la salud de la población afiliada del régimen contributivo residente en el área se refiere, como en la red subsidiada, a las características económicas de la población y su nivel de conocimiento sobre la utilización adecuada de los servicios. El bajo nivel de ingreso emerge con menor intensidad en el discurso de los informantes, aunque a diferencia del subsidiado aparece la falta de apoyo familiar como dificultad ligado al traslado del paciente a los servicios (Tabla 5-3.4).

### Características económicas y sociales

Algunos gestores convergen en apuntar los bajos ingresos de la población afiliada residente en el área como causa de la dificultad para acceder a los servicios de salud, al resultarles difícil asumir el coste del desplazamiento y del copago que deben realizar por cada servicio; “(...) *para cada servicio si es beneficiario toca pagar una cuota de acuerdo al salario. Para esa zona me imagino que todo el mundo tendrá que pagar 1200 [0,4€] pesos. Pero vaya y pregunte quién tiene los 1200 pesos [0,4€], más los desplazamientos que para acá se necesitan, dos busetas para venirse para acá o tres busetas. Entonces la gente tiene que tener para recibir servicios 5000 [1,6€] pesos. Nada más para ir a donde el médico. Y de ahí sales y necesitas reclamar medicamentos, tienes que tener otros 1200 [0,4€] y devolverte o sea te sale 10.000 [3,4€]. Di tú, para esa zona...difícil, aunque sea un POS*” (gestora EPS).

Gestores y profesionales destacan otras características de la población afiliada como el alto nivel de analfabetismo, y de población mayor dependiente con dificultades para llevar a cabo los trámites – petición de citas, autorizaciones, etc. –, “*tenemos personas que son analfabetas (...) y para ellos es más difícil acceder a los servicios a veces porque o no saben como pedir la cita, o llegan y se desubican para cumplirla (...)*” (gestora IPS II nivel).

Algunos profesionales de salud consideran que en el caso de la población dependiente, el acceso resulta aún más complejo por el poco tiempo del que disponen sus cuidadores para acompañarlos en el traslado hasta los servicios especializados, ubicados en puntos alejados del área. Según los informantes, por este motivo estos pacientes no llegan a acceder a la atención especializada, “*... Yo llevo pacientes hipertensos remitiéndolos un año al internista y no han ido al internista porque es que, doctora no tengo quién me lleve. Entonces pues uno trata de hacer aquí todo lo que más puede como para poder controlar al paciente porque es muy complicado. En realidad es una zona, y nosotros estamos muy lejos*” (profesional de salud IPS I nivel).

## Conocimiento de los derechos

Gestores y profesionales de los servicios coinciden en destacar el bajo nivel de conocimiento que tiene la población sobre las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, por un lado, y sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios de salud, por otro; *“yo creo que hoy en nuestro país hay conocimiento de los derechos pero el...pero la profundidad del conocimiento, en conocimiento de su propio plan, no pasa de un 50 % de la población. Yo creo que todavía hay mucho por hacerle saber al paciente”*(gestora IPS II nivel).

Los usuarios entrevistados muestran poco conocimiento de las prestaciones a las que tienen derecho. La identificación que realizan es vaga o relacionada con los episodios de salud por los cuales utilizaron el sistema, *“tiene un plan de todo, tiene varios, varias cosas”* (usuaria régimen contributivo); *“yo no sé [prestaciones que cubre el POS], porque como no se ha utilizado...”* (usuaria régimen contributivo). En relación a los centros que contempla la red de la EPS y qué tipo de atención cubren, la mayoría de los informantes perciben que la red es muy amplia pero desconocen los servicios que comprenden más allá de los que han utilizado, *“A no eso sí, hartísimas. Está creo que la de Occidente [IPS III nivel], pero yo más que todo utilizo Roma [IPS II nivel] por lo cerca. Y me tocó el parto en Orquídeas [IPS III nivel] por alto riesgo, pero más que todo Roma [IPS II nivel] y la 68 [IPS II nivel], la Pediátrica [IPS III nivel], la del niño. Eso tiene hartísima cobertura”* (usuaria régimen contributivo);

Los gestores y profesionales opinan que el desconocimiento de cómo utilizar adecuadamente los servicios induce a un uso incorrecto de las urgencias hospitalarias, *“alguien que se afilia a un servicio de salud y que ni siquiera sabe como funciona. No sabe la diferencia entre una urgencia, una enfermedad prioritaria y pues utilizan mal las cosas. Yo les digo a los pacientes, pero es que aquí es consulta externa, y ellos no entienden qué es una consulta externa. Ellos lo único que entienden es que esto es un centro médico y que aquí se puede atender desde una gripa hasta un balazo”* (profesional de salud IPS I nivel). Según los informantes, la desinformación de la población conlleva abusos por parte de los prestadores como el cobro de servicios a los que tiene derecho - por ejemplo el de la atención urgente cuando esta tiene lugar en centros que no pertenecen a la red-, *“hay otra cosa y es que el colombiano desconoce*

que cubre la ley 100, que no cubre y cómo puede acceder a ello. Entonces algunos pacientes dicen yo tengo una urgencia, pero yo voy al hospital de Usme [IPS I nivel pública, fuera de la red] y van y pagan. Y en el hospital tampoco le dicen, mire es que usted tiene una EPS, se podría hacer aquí pues para que la EPS autorice que lo sigamos tratando.” (profesional de salud IPS I nivel).

Los informantes apuntan diversas causas del bajo nivel de conocimiento: insuficiente información proporcionada por las aseguradoras y prestadores; poco interés en informarse de la población afiliada; y complejidad del sistema de salud colombiano, “mire yo creo que el sistema de seguridad social en Colombia no lo conocen ni los congresistas que lo hicieron. Nosotros mismos. O sea tu le haces preguntas, a un hacen preguntas que no sé qué, ¿lo cubre, no lo cubre?, ¿tiene derecho, no tiene derecho? O sea porque se inventaron la ley y todo el mundo grosso modo la entiende por, pero todos nos confundimos (...). Los médico no sabemos, entonces ¿cómo vamos a orientar a los pacientes?” (profesional de salud IPS I nivel).

**Tabla 5-3.4. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las características de la población referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Barreras económicas y sociales	
Bajo nivel de ingresos económicos	- Dificultad para sufragar los costes del desplazamiento hasta los servicios de la red de la aseguradora - Dificultad para obtener servicios con copagos
Analfabetismo	- Dificultad para realizar trámites - Dificultad para comprender la información médica
Falta de apoyo familiar - carga laboral - carga familiar	- Dificultad para realizar trámites - Dificultad para comprender la información médica - Dificultad para acceder al especialista
Desconocimiento de derechos	
Bajo nivel de conocimiento de derechos y utilización de servicios	Utilización inadecuada de los servicios

## 2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

Existe consenso entre la mayoría de los gestores y profesionales de los servicios sobre las estrategias que se deberían implementar en la red para mejorar el acceso a los servicios: la conformación de redes de ámbito geográfico y la ampliación de la oferta de servicios de primer y segundo nivel en el sur de la ciudad. Los usuarios señalan la mejora en la asignación de citas médicas para algunos grupos poblacionales (Tabla 5-

3.5). La diferencia principal con las propuestas que realizan los informantes de las redes subsidiadas es que los de las redes contributivas no sugieren cambios en el modelo organizativo del sistema de salud.

La conformación de redes geográficas consistiría, según los informantes, en la asignación de la población a redes de servicios de salud a lo largo del continuo por ámbito geográfico. Éstas comprenderían un primer nivel que actuaría como puerta de entrada, y niveles de más complejidad de referencia.

Entre las implicaciones de esta estrategia para el acceso, los informantes señalan la disminución de los tiempos de espera y el acceso geográfico en la medida que se remitirían los pacientes a centros más cercanos, y el conocimiento de la población de referencia lo que permitiría mejorar la efectividad de acciones de promoción y prevención, *“yo pienso que nosotros como EPS tenemos que ...ehh zonificar Bogotá, Bogota está muy grande y nosotros no podemos centralizar todo a nivel de que la gente venga hacia el norte. Yo pienso que nosotros tenemos que respetar la georreferencia por zona donde vive el usuario (...) porque el usuario no tiene (...) dinero para desplazarse”* (gestora EPS).

Además de estos beneficios para el acceso, algunos gestores señalan la mejora en la continuidad en la relación médico-paciente y la disminución de costes que significaría controlar la utilización de aquellos pacientes que acuden a diferentes centros por el mismo motivo, *“Cuando uno atiende de manera georreferenciada se da cuenta que las personas vienen a buscar su médico tratante, que ya se conocen que es el medico que ya conoce siempre a la familia, establecen un vínculo más cercano y eso es muy importante (...) [La libertad de puerta de entrada] al paciente lo afecta porque pierde continuidad en al atención. Él viene por urgencias cada vez que tiene un padecimiento de salud y cada vez lo ve un médico distinto”* (gestor IPS II nivel).

En el discurso de los informantes que proponían esta estrategia, también emergieron algunas dificultades en su implementación relacionadas con la posible resistencia de los actores implicados y con la ubicación de los centros de la red. Entre las primeras, por un lado, la posible negativa de los usuarios a estar asignado a un centro de primer nivel y perder por tanto el derecho a la libertad de elección; y por otro, la resistencia de los

coordinadores de los centros a agruparse bajo una dirección de área, *“tiene un grado de dificultad (...) y es que las personas actoras lo entiendan. Ese es como el mayor grado de dificultad. Porque la idea es que cada zona de esas tenga un coordinador y no haya coordinador por centro como hay ahorita.”* (gestora IPS II nivel). Algunos gestores opinan que esta estrategia debería posibilitar al afiliado escoger el centro de atención primaria o puerta de entrada a la red, al existir otros motivos por los cuales el afiliado puede no preferir el centro más cercano - cercanía con el lugar del trabajo o la empatía con un médico-, *“hay personas por ejemplo que consultan más cerca de donde trabajan que cerca de donde viven por la razón que sea”* (gestor IPS II nivel).

La otra dificultad que emergió hacía referencia a la concentración de los hospitales de alta complejidad de la red – hospitales integrales con todas las especialidades- en determinadas áreas de la ciudad, *“el ideal de nosotros es crear la referencia por áreas geográficas, y ¿qué es lo que nos vuelve difícil eso?, que los principales hospitales de alta complejidad se encuentran más situados en al parte central y sur (...)”* (profesional administrativo EPS).

La segunda estrategia sobre la cual existe consenso entre los informantes es la apertura de más centros de primer y segundo nivel próximos a la zona de estudio, por parte de la IPS propia (Colsubsidio) para mejorar el acceso geográfico a la red, *“yo pienso que aquí lo único que lo mejoraría es poner un centro de atención de nivel 2 más o menos, más cerca, porque es que aquí el problema e la distancia.”* (gestora EPS). Algunos profesionales de salud del primer nivel de atención añaden como opción para mejorar el acceso geográfico, la realización de convenios con entidades públicas en la zona, *“nosotros alguna vez peleábamos porque en el hospital de Usme, ellos sí tienen laboratorio y, se hiciera un convenio entre Famisanar y ellos para que estos pacientes no se tuvieran que desplazar”* (profesional de IPS I nivel).

Finalmente, algunos usuarios opinan que se debería dar prioridad obtención de citas a colectivos como los trabajadores o las mujeres embarazadas, así como un mejor *triage* en los servicios urgentes para facilitar el acceso de los pacientes urgentes, *“Yo pienso que como que hubieran prioridades. O sea, uno sabe y es consciente que todo el mundo va por urgencias y a veces no es urgencia, pero si hay personas que de verdad lo necesitan, como por ejemplo un posparto ¡hombre!”* (usuaria régimen contributivo).

**Tabla 5-3.5. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios referidas por los informantes**

Categoría de informante	Tipo de estrategias	Consecuencias esperadas
Gestores EPS Gestores IPS Profesionales de salud IPS I nivel y II nivel	Redes de ámbito geográfico	- Mejora el acceso geográfico - Disminuye el tiempo de espera - Mayor conocimiento de la población de referencia y efectividad de las actividades de promoción y prevención - Mejora la continuidad de relación médico-paciente - Control de costes por el mayor control de la utilización
	Apertura de centros de I y II nivel próximos a la localidad por parte de la IPS propia	- Mejora del acceso geográfico
Profesionales de salud IPS I nivel	Contrato con servicios de salud públicos en la localidad	- Mejora del acceso geográfico
Usuarios régimen contributivo	Mecanismos para asignar las citas médicas	- Facilitar el acceso de población empleada
	Mejorar el <i>triage</i> en los servicios de urgencias	- Mejorar el acceso de los pacientes urgentes

EPS: Empresa Promotora de Salud; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



## **Caso 4. El acceso a la red de servicios de salud del área rural**

### **1. Acceso a la atención a lo largo del continuo de servicios de salud**

Existe consenso entre los actores sobre la complejidad en el acceso principalmente a la atención especializada de la población afiliada al régimen contributivo residente en el área rural. Las dificultades identificadas se corresponden con barreras en el aseguramiento, obstáculos que introducen las aseguradoras para la utilización de los servicios, factores estructurales y organizativos de la red y con las características de la población.

Destacan algunas diferencias en relación al acceso en la red contributiva del área urbana como la mayor accesibilidad geográfica de la atención primaria en la red rural debido a la contratación de este nivel con el hospital público del municipio, y en cambio más dificultades originadas por el sistema de autorización de la aseguradora que contribuyen a retrasar la atención.

#### **1.1. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento**

Los grupos de informantes convergen en señalar diferentes elementos que dificultan el acceso a la atención de la salud relacionados con los servicios incluidos en el paquete de beneficios del régimen contributivo, normas que regulan las condiciones de acceso a las prestaciones y el nivel de copagos (Tabla 5-4.1). Aunque también emergen algunas dificultades en la afiliación al seguro contributivo, aparecen con mucha menos intensidad que en el área urbana.

#### **El Plan Obligatorio de salud (POS)**

La exclusión del paquete básico de servicios especializados necesarios es una de las limitaciones más importantes en el acceso que señalan los informantes. Los entrevistados destacan la no inclusión de pruebas básicas para el diagnóstico de la enfermedades de alto costo cubiertas por el POS, y de determinados servicios como el

transporte en el momento del alta hospitalaria, *“el MAPIPOS dice que para el diagnóstico de una enfermedad de alto costo (...) no lo cubre. Pero después de que hayan identificado el diagnóstico, entonces sí cubre el tratamiento. Y es una locura, porque muchos no tendrán para poder hacerse sus exámenes diagnósticos para verificar, que efectivamente es una enfermedad que necesita un tratamiento, y que lo necesita ya”* (gestor IPS I nivel pública). Algunos profesionales administrativos opinan que la falta de cobertura del transporte tiene efectos negativos para la salud de aquellos pacientes que deben trasladarse a las zonas rurales, *“Esa cobertura para ellos es terrible, ellos tienen que irse en bus. Pues si es una embarazada no problema, pero hay con un diabético, o inclusive... hay muchos diagnósticos, si señora, que se complican porque tienen que irse en bus”* (profesional administrativo IPS privada).

Los entrevistados destacaron varias normas que regulan el acceso a las prestaciones contempladas en el paquete de beneficios que dificultan su acceso a la atención de la salud: la existencia de periodos mínimos de cotización para la atención de enfermedades de alto coste, y la suspensión de la afiliación por impago de la cotización. Los informantes señalan que con frecuencia los usuarios no pueden asumir el coste del tratamiento a cargo del usuario cuando no alcanzan el periodo mínimo de semanas cotizadas. En estos casos, se intenta remitir a los pacientes a la red pública, *“tienes 70 semanas y tienen que pagar el 30% de 100 millones de pesos [33.334€], pues cómo de dónde”* (profesional administrativo IPS privada); *“si necesita un nivel tres y no tienen semanas cotizadas en todo eso, o sea el tiempo cotizado no le cubre, se envía para la red pública”* (profesional administrativo IPS pública).

### **Copagos**

Finalmente, algunos enfermos crónicos entrevistados identifican el copago de los medicamentos como una barrera en el acceso al tratamiento de su enfermedad, *“igual ahoritica a mamá el neurólogo le mando un medicamento que se llama Clopidogrem, por eso que le encontró en sus exámenes y todo, y Coomeva no se lo cubre. No me cubre el Clopidogrem (...) es que ni siquiera le cubre el genérico. (...) pues la primera caja que yo le compre [de clopidogrem] cuando ella salió de allá me costo 115 mil pesos [38€], 14 pastas. Era un tratamiento para toda la vida, una pasta al día (...) Pero*

*no, es que no, sinceramente yo o pude seguir comprándole esas pastas”* (cuidadora de usuaria régimen contributivo).

### La afiliación al seguro de salud

Los informantes señalan barreras en la afiliación al seguro de salud contributivo principalmente de los familiares de los cotizantes al seguro. El coste elevado del seguro contributivo es una de las barreras en el aseguramiento, especialmente en el caso de personas mayores para los que la prima del seguro es más elevada, *“una persona mayor de 60 años ya (...) es el pago más alto que se hace. Y yo cancelo como 69 mil pesos mensuales. Y lo único que hago [que gasta] es la fórmula de medicamentos cada mes”* (usuaria régimen contributivo).

Otra barrera que según los profesionales se produce con frecuencia en el área, es que el seguro contributivo no cubre a los hijos de las hijas adolescentes de los cotizantes, *“tenemos situaciones con los bebés que nacen, con los bebés que nacen, hijos de adolescentes... (...) O sea, esta cotizante que es su mamá, tiene una hija adolescente que quedó embarazada. Ese bebé nace sin cobertura por ley”* (profesional administrativo IPS privada).

**Tabla 5-4.1. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las políticas de aseguramiento referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
<b>POS</b>	
Exclusión de prestaciones especializadas - Pruebas diagnósticas para enfermedades de alto coste - Transporte en el momento del alta	Población no accede a esos servicios Empeora el estado de salud de la población
Condiciones que restringen el acceso a las prestaciones - Periodos mínimos de cotización - Impago de la cotización	No tienen derecho a ser atendido
<b>Copagos</b>	
Medicamentos de tratamientos crónicos	Dificulta el acceso al tratamiento
<b>Afiliación al seguro de salud</b>	
- Coste del seguro para población no beneficiaria	- Dificultad de afiliar a familiares
- No existe cobertura de aseguramiento para hijos de adolescentes afiliadas	- Familiares sin seguro contributivo

POS: Plan Obligatorio de Salud

## 1.2. Barreras relacionadas con las aseguradoras (EPS)

Los usuarios y el personal administrativo identifican diversas dificultades en el acceso a la atención especializada derivadas de las trabas que imponen la aseguradora. De forma semejante al área urbana, emerge el uso de mecanismos de control de la atención, aunque en este caso, la autorización es identificada como una barrera al acceso y no un facilitador (Tabla 5-4.2).

### Mecanismos de control de la atención

#### *Autorizaciones*

Existe consenso entre la mayoría de informantes en identificar las autorizaciones como una de las principales barreras que dificultan el acceso a la atención especializada de la población afiliada al régimen contributivo, tanto para los servicios incluidos en el POS como para lo no cubiertos.

La mayoría de los usuarios entrevistados señalan los problemas que les supone solicitar las autorizaciones para las pruebas diagnósticas y la hospitalización por la lentitud del proceso, y los costes de transporte y tiempo que les supone el desplazamiento a la ciudad para su obtención, *“Pues eso sí me parece mal, porque imagínese uno de aquí, pierde uno tres días: ir a llevar los papeles, ir a reclamar los papeles, ir a tomarse los exámenes, son tres días. Yo pienso que deberían tener prioridad con la gente de lejos, atenderla y darle la autorización inmediatamente. Eso lo ponen a voltear”* (profesional administrativo).

Algunos usuarios indican que la aseguradora no les proporciona información correcta sobre los trámites que deben realizar para obtener las autorizaciones, lo que les supone desplazamientos a la ciudad innecesarios, *“a veces no le dicen a uno: mire usted tiene que ir acá a esta parte y listo. Uno se va así, cuando llega allá, “no es que usted no trajo tal cosa, no trajo tal otra y uno”, “pero es que yo vengo del municipio de La Cumbre”. Eso que uno, y eso que yo no vengo de La Cumbre, yo vengo es de Lomitas (...) que es el último corregimiento de La Cumbre”* (usuaria régimen contributivo).

Como las autorizaciones se exigen para los servicios en la red de IPS contratadas, algunos pacientes prefieren acudir directamente a las unidades básicas de atención en la ciudad (IPS propia), que al hospital público de I nivel del municipio (IPS contratada) para evitar los trámites y documentación, *“porque un día que se me ofreció [acudir al hospital municipal]... que hay que llevar fotocopia del carné y no sé qué. Eso es un problema ahí en la Cumbre, entonces para yo no tener que ir a la Cumbre más bien busco la manera de salir a Cali”* (usuario régimen contributivo).

Finalmente, existe divergencia de opiniones en relación a la lentitud del proceso de autorización de derivaciones de pacientes urgentes desde la atención primaria a la especializada. Mientras que para los gestores de prestadores y profesionales del primer nivel asistencial, se producen fallos graves en la comunicación con las aseguradoras que retrasan la derivación, para los gestores de la EPS la comunicación en este proceso es buena y el tiempo de autorización adecuado, *“a veces es difícil ubicar a los pacientes no tanto a los del régimen subsidiado sino de los contributivos porque tenemos entidades promotoras de salud llámese SOS, Coomeva, Comfenalco, Sanitas con las que la comunicación es bastante difícil”* (profesional de salud IPS I nivel pública); *“Con relación a la urgencia, sí no tienen problema porque de todas maneras allá se hace la comunicación y se remite al paciente oportunamente a Cali”* (gestor EPS).

Los gestores de los prestadores opinan que esta dificultad se debe al interés de las aseguradoras de contener los costes retrasando la prestación de servicios a los afiliados, *“contención de la demanda por la parte económica. Si yo tengo, si yo soy dueño de ésta EPS, ¿sí?, y tenemos todas estas personas que hay que darles un servicio... pero si yo se lo demoro más, y empiezo a demorarme más, es un servicio que yo no presto y que no me sale tan costoso. Es más contención por ese lado”*, (gestor IPS I nivel pública).

Usuarios y profesionales de los servicios públicos coinciden en considerar que las aseguradoras se muestran inflexibles para no autorizar prestaciones excluidas del POS o cubrir la atención cuando se producen situaciones en las que se suspende la afiliación (impago de la cotización, etc.) *“Coomeva esta molestando mucho, entonces que no estamos afiliados. Inclusive ahora para ir uno a que le presten un servicio tiene que llevar que los comprobantes de pago de la institución, porque en el sistema aparece que*

*estamos atrasados 2, 3 meses, sabiendo que mensual nos lo descuentan por nómina”* (usuaria régimen contributivo).

Además, los informantes opinan que los trámites para acceder a estas prestaciones son lentos, con lo cual muchas veces se acaba retrasando la atención del problema de salud. La acción de tutela contra las aseguradoras para recibir los servicios es uno de los mecanismos utilizados con más frecuencia por los pacientes, *“por lo general ellos lo manejan con tutela [se refiere a pacientes sin las semanas cotizadas exigidas]. Las tutelas en salud acá no son vista tanto como una agresión a la EPS, si no más bien como... la tutela es el documento con el que ellos respaldan autorizar algo, porque si la ley... la ley dice, para UCI necesita 100 semanas y entonces si tú no tienes las 100, entonces ¿cómo autoriza la EPS la UCI?”* (profesional administrativo IPS privada).

#### *Límites a la práctica clínica*

La mayoría de usuarios entrevistados perciben que la aseguradora introduce límites en su acceso a la atención especializada. Los informantes destacan restricciones en el seguimiento por parte del especialista de enfermos crónicos (AVC, etc.), atención pediátrica, y en la atención de algunos episodios agudos, en lo referente a pruebas diagnósticas, medicamentos prescritos, consulta con el especialista, etc., *“a mi me quedó sonando eso, ¿porque a mamá no le mandarían esos exámenes con tiempo? (...) a mi sí me gustaría por lo menos el seguimiento, un seguimiento periódicamente, pues, que no pase mínimo unos 3 meses, cada 3 meses que le hagan un seguimiento con especialistas”* (cuidadora de usuaria régimen contributivo); *“ella [pediatra] me dijo a mi algo que no me gustó, que el niño ya no requería mas controles. (...). Yo le dije “¿como cree usted doctora?, me perdona, que usted me diga que el niño no requiere de pediatra si he oído y me han dicho, pero yo sé que los niños tienen derecho de pediatra hasta los 10 años”* (usuaria régimen contributivo).

Algunos usuarios opinan por contraste que el acceso a la atención especializada en otras aseguradoras es más fácil, *“en Comfandi es muy buena la atención, Para que es muy buena, mire que mis niñas tuvieron pediatra hasta los 12 años (...) y si había que mandarlo con el especialista o algo o mejor dicho ahí en Comfandi sí le hacen*

*exámenes, y el especialista también está ahí, llega ahí a Comfandi, en cambio aquí no hay especialista [EPS actual]” (usuaria régimen contributivo)*

Los usuarios consideran que las restricciones percibidas en el acceso a la atención especializada obedecen a la estrategia de la EPS de controlar la utilización de estos servicios para ahorrar costes, *“es que una cita con un médico general, cuesta, sale mas favorable y con un pediatra es más caro, y a las EPS no les conviene que se estén enfermado a toda hora, que uno esté yendo al médico a toda hora, cada rato más plata les toca sacar (...) hasta el mismo neurólogo me dijo, “a ellos [EPS] no le conviene que usted este viniendo acá, ¿por qué?, porque le toca pagar una cuota a ellos” (usuaria régimen contributivo).*

Para uno de los gestores de una IPS privada, la restricción en los servicios prestados podría estar relacionada con los incentivos que genera la forma de pago que emplea la EPS para remunerar a los médicos de sus unidades básicas de atención -IPS propias de primer nivel. Esto es, una asignación capitativa que incluye el pago de los servicios de atención primaria, así como la atención especializada y cirugías que se deriven de esa atención. Según el informante, con este mecanismo de remuneración, el médico tiene incentivos a realizar menos procedimientos y derivar menos al especialista para controlar el gasto, *“(...) eso [pago per cápita] es un arma también de doble filo, ¿me entiendes? Porque antes el médico generaba eventos, ahora no los genera, porque dice “no me pagan dos millones de pesos, le voy a sacar 50 amígdalas, no señor”. Entonces saco dos, y dejo 40 represadas. (...) es muy ingenioso de parte de las EPS para que sea el médico el que controle el gasto.” (gestor IPS privada III nivel).*

Algunos informantes indican que el control de número de medicamentos prescritos, pruebas diagnósticas, tiempo de visita, no mejora la eficiencia del sistema de salud sino que empeora la calidad de la atención del paciente, *“entonces el sistema de calidad dice: usted tiene que ser eficaz y eficiente. Ser eficaz quiere decir que usted tiene que ser una persona que vea los pacientes, que le mande pocos exámenes. Ser eficiente significa que usted tiene que ver cuatro pacientes por hora. ¿Usted cree que uno en 15 minutos le va a decir a esa persona: (...) ¿cómo está?, ¿qué me cuenta?, cuénteme porque viene a consulta?... pues horrible.” (profesionales administrativos IPS II nivel privada).*

**Tabla 5-4.2. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las EPS referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Autorizaciones - Lentitud del proceso - Coste tiempo y transporte elevado - Información deficiente sobre el proceso a usuarios - Inflexibilidad de EPS en la autorización de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prestaciones no POS</li> <li>• incumplimiento de condiciones legales para acceder al POS</li> </ul>	- Retrasan la atención del paciente - Incentivan la no utilización de servicios contratados
Límites a la práctica clínica - seguimiento enfermos crónicos - atención pediátrica población infantil - procesos agudos	- Percepción de que no se proporciona la atención adecuada - Mala calidad de la atención

POS: Plan Obligatorio de Salud; EPS: Empresa Promotora de Salud

### 1.3. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

La mayoría de informantes opinan que el acceso se dificulta principalmente en la transición a los hospitales de más complejidad de la red de la EPS por diversos factores relacionados con la organización y estructura de la red de prestadores: los tiempos de espera elevados de los servicios, la mala calidad de la atención y la distancia de los centros al municipio. Algunos usuarios añaden dificultades en la solicitud de la cita telefónica y el incumplimiento de los horarios de las citas por parte de los médicos especialistas (Tabla 5-4.3).

#### Tiempo de espera

La mayoría de los informantes coinciden en identificar el tiempo de espera en la atención especializada como uno de los factores que genera más dificultades al acceso de la población afiliada, con algunas voces discrepantes. Para los gestores de la aseguradora, los tiempos de espera son adecuados con la excepción de alguna especialidad como endocrinología o reumatología.

Los informantes apuntan diversas causas. La insuficiencia en la oferta de servicios de las redes de la aseguradora es el motivo principal que señalan los informantes. Para los gestores de la aseguradora el déficit se produce en todo el régimen contributivo, no exclusivamente en la red seleccionada. Por el contrario, algunos profesionales

administrativos opinan que el elevado tiempo de espera en los servicios especializados también se relaciona con el control de costes por parte de aseguradora y prestadores, *“la oportunidad en el sistema de salud por el volumen que se maneja, por el control del gasto, el control del costo, del gasto (...) porque si se dilatan las cosas, pues entonces todos los gastos se encasillan en un mes ¿no?”*. (profesional administrativo IPS privada).

Como consecuencia del tiempo de espera en la red de la aseguradora, algunos usuarios acuden a los servicios privados para resolver el problema de salud, *“salí, me fui a pedir cita con el dermatólogo, y en el estado en que yo estaba llena de ronchas de pelo a pies, esa muchacha dijo “hay citas para dentro de un mes”, “es que usted no me esta viendo yo necesito un dermatólogo, pero es pero ya mire como estoy, no me aguanto”, “que pena, pero no le puedo dar para ya porque no tenemos dermatólogo, si le sirve para dentro de un mes”. Así doctora, yo salí en las mismas, y mi esposo consiguió un internista particular”*(usuaria régimen contributivo).

### **Calidad de la atención**

Los usuarios señalan algunos aspectos relacionados con la calidad de la atención especializada, que les inducen a no acudir los servicios. Entre ellos, la falta de respuesta de los especialistas y el poco tiempo y atención que les dedican en la consulta. Los usuarios contraponen la calidad percibida a los costes que les reporta al atención – transporte, tiempo, etc., en sus decisiones sobre utilizar los servicios, *“a mi sinceramente esa consulta con el especialista de Coomeva no me gusta ni mucho, porque usted supiera todo lo que me toca hacer a mi para llevar a mamá a Cali. Tengo que tener carro para llevarla particular porque ella, en bus como, y llega uno, y la consulta no se demora 5 minutos. Ees que si se demora 5 minutos la consulta con el especialista es mucho (...) no está bien que uno haga todo ese viaje hasta allá para que el especialista: ¿cómo está doña Ofelia?. Le toma la presión, esta bien, siga así, igual manejo.”* (cuidadora usuaria régimen contributivo).

### **Accesibilidad geográfica**

La distancia a los servicios especializados de la red de la EPS, localizados en la ciudad, es uno de los obstáculos en el acceso señalados por la mayoría de los informantes. Para los usuarios supone una barrera por las dificultades para encontrar transporte, el coste del viaje y del tiempo en el desplazamiento, *“lo que uno a veces puede ver es que tienen dificultades en la locomoción, en el cómo llegan (...) transporte, de ambulancias, hay veces hay pacientes que por ejemplo están en lugares muy apartados con difícil acceso entonces ellos, la gente que está en el campo, ellos tienen que buscar una forma de transporte hasta una ciudad”* (profesional de salud IPS II nivel privada).

### **Solicitud de citas**

Aunque la mayoría de los usuarios se muestran contentos con la posibilidad de pedir cita con los especialistas de manera telefónica, algunos usuarios, así como gestores de la aseguradora opinan que este sistema no funciona correctamente. Los informantes señalan dificultades en la comunicación con los centros de llamada, *“hay veces marca, marca y no contestan, otras veces contestan y dice uno que es para pedir la cita, “ah si espere un momentito” y ahí lo dejan, y hay que colgar”* (usuario régimen contributivo). Entre las causas de los problemas de comunicación, algunos entrevistados mencionan la falta de recursos que los proveedores destinan a este servicio, *“(…) el teléfono de la unidad siempre vive lleno y es un solo teléfono que tienen ellas como acceso para que la paciente vaya”* (gestor EPS).

Uno de los usuarios entrevistados destacó como inconveniente en el acceso a los servicios, la obligatoriedad de realizar el trámite de la programación de la visita por vía telefónica y no permitir su realización directamente desde los centros, *antes iba uno a una cita médica salía de allí y si necesitaba otra cita inmediatamente ahí la pedía de una se la daban”* (usuario régimen contributivo).

### **Incumplimiento de horarios**

Finalmente, algunos usuarios identifican los problemas que les ocasiona la falta de puntualidad en las citas por parte de algunos especialistas. Los entrevistados señalan la

dificultad para encontrar un transporte de vuelta por este motivo, “*luego me mandaron al club Noel. Ese si no me gusto para nada. Por cuenta de Coomeva, me atendieron a las 6 de la tarde, viviendo yo por acá tan lejos, salí a las 7 de la noche de allá y ya no me pude venir para acá. Me toco quedarme en Yumbo*” (usuaria régimen contributivo).

**Tabla 5-4.3. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con la red de prestadores de salud referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Tiempo de espera elevados consultas externas atención especializada	- Retrasa la atención - Incentiva la búsqueda de los servicios privados
Distancia red de prestadores especializados de la EPS	- Los usuarios no acuden a los servicios especializados
Mala calidad de la atención especializada - Falta de respuesta - Poco tiempo de la consulta	- Desincentiva a la utilización de servicios
Problemas de comunicación para solicitar telefónicamente las citas Visitas programadas por el usuario	- Espera en la solicitud de citas
Incumplimiento de horarios por parte de especialistas	- Dificultades en el transporte

EPS: Empresa Promotora de Salud

#### 1.4. Barreras relacionadas con las características de la población

La falta de recursos económicos, de apoyo familiar en el desplazamiento a los servicios, y el desconocimiento sobre los servicios a los que tienen derecho y los trámites a realizar con la aseguradora son las barreras en el acceso relacionadas con las características de la población afiliada que los informantes identifican con más frecuencia (Tabla 5-4.4).

Usuarios y profesionales administrativos identifican la baja capacidad económica de la población afiliada al régimen contributivo en el área como barrera para acceder a los servicios de salud, al resultarles difícil asumir el coste del desplazamiento a los servicios especializados y el copago en determinadas prestaciones.

La falta de apoyo familiar en el desplazamiento a los servicios por diversos motivos – carga laboral, etc.-, es otro de los factores que dificulta el acceso según los informantes. En unos casos se señala como dificultad para la realización de los trámites de la autorización en pacientes ingresados, y en otros para continuar con el tratamiento

especializado, “(...) *desplazar a mamá a Cali 3 veces por semana era muy difícil, era muy difícil porque no, yo no podía, mi trabajo... Pues a veces sí, a mi me han colaborado mucho, pero igual yo no podía pedir tres veces a la semana para irme a llevar a mamá, porque era pedir una tarde entera. Entonces yo no la volví a llevar.*” (cuidadora usuaria régimen contributivo); “*como no tienen el recurso entonces... entonces ellos se van, el paciente se queda sólo y no hay quien le autorice órdenes, se queda solito (...)*” (profesional administrativo IPS privada).

Otro factor que limita el acceso a los servicios por parte de la población, según los informantes, es el bajo conocimiento sobre derechos y trámites, “*no, no tienen, no tienen, el servicio de salud requiere de tramitología que si tú la conoces, ¡no! esperas más de lo que debes esperar. Esa tramitología no es difícil pero requiere conocimiento. El usuario no sabe*” (profesional administrativo IPS privada).

Los informantes difieren en relación a las causas identificadas del bajo nivel de conocimiento. Los gestores de la EPS lo atribuyen a la falta de interés en informarse por parte de los usuarios, y al nivel de complejidad del sistema de salud por el cambio constante de leyes, normas, procedimientos, etc., *nosotros mismos como personal de salud a veces no sabemos a qué se tiene derecho uno, porque la normatividad cambia frecuentemente, frecuentemente esta cambiando, entonces lo que ayer era sí hoy es no. Entonces eso también pueden favorecer a la confusión que le pueda generar*” (gestor EPS). Algunos usuarios y gestores de IPS de I nivel opinan que las EPS no les proporciona suficiente información sobre la cobertura y los trámites antes de la utilización de los servicios, “*sería bueno que a usted le digan todo relacionado a su EPS, usted tienen derecho a esto, porque uno ya sabe a que atenerse pero no, ya es en el momento que va uno consulta el servicio “y no esto no se lo cubre”* (usuaria régimen contributivo). Uno de los gestores entrevistados atribuía la información deficitaria de las aseguradoras al grado de dispersión de la población afiliada que dificulta la asignación de recursos en el área por parte de la aseguradora para realizar acciones que mejoren la información de la población, “*una situación más compleja y es que definitivamente por ser una población tan pequeña pues ellos no, no... no van a tener...un operador aquí. Coomeva [EPS] no va ha tener un operador aquí para que esté capacitando a sus usuarios. Entonces van a tener mayor dificultad de poder acceder a esa parte de derechos y deberes en salud*” (gestor IPS I nivel pública).

**Tabla 5-4.4. Dificultades en el acceso a la prestación de servicios de salud relacionadas con las características de la población referidas por los informantes**

Causas de las dificultades	Consecuencias
Bajo nivel de ingresos económicos	- Dificulta el desplazamiento a los servicios especializados - Dificulta el acceso a prestaciones con copagos - Dificulta la realización de trámites de autorización
Falta de apoyo familiar	- Dificulta la realización de los trámites de autorización - Dificulta el desplazamiento a los servicios especializados - Interrupción del tratamiento de la enfermedad – rehabilitación, atención especializada, etc. -.
Desconocimiento de derechos y trámites	- Dificulta la realización de trámites

## 2. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

Los informantes proponen estrategias a implementar para eliminar algunas de las barreras al acceso identificadas. La mayoría de cambios que sugieren son de tipo organizativo – autorizaciones, acceso al médico especialista -, y se refieren a acciones a implementar por parte de la aseguradora (Tabla 5-4.5).

Gestores y profesionales administrativos de los servicios sugieren la simplificación de los trámites, la priorización en la autorización de los servicios de afiliados procedentes de las áreas rurales o la apertura de una oficina de autorizaciones en el municipio para evitar el traslado de los pacientes a la ciudad. Algunos informantes proponen la eliminación de este tipo de trámite, *“yo pienso que deberían tener prioridad con la gente de lejos, atenderla y darle la autorización inmediatamente.”* (profesional administrativo IPS pública).

Los usuarios añaden que la comunicación entre la EPS y los prestadores para solicitar la autorización de los ingresos hospitalarios debería ser más ágil, rápida y directa. Algunos entrevistados sugieren una línea telefónica directa, *“que hubiese una sola línea donde uno se comunique y que lo ubiquen, porque como le digo, lo que pasó ese día para que autorizaran la hospitalización de mi hijo (...) porque allá contestaron, o sea después de haberlo mandado de una línea a otra, “no, tiene que es marcar este número, no tiene que es marcar a otro” (...)”* (usuario régimen contributivo).

Los usuarios entrevistados opinan que el acceso al especialista debería ser más fácil. Algunas cuidadoras de pacientes crónicos señalan que el especialista debería realizar un

seguimiento continuado de este tipo de pacientes, *“a mi sí me gustaría por lo menos el seguimiento, un seguimiento periódicamente, pues, que no pase mínimo unos 3 meses, cada 3 meses que le hagan un seguimiento con especialistas”* (cuidadora usuaria régimen contributivo). Una de las usuarias entrevistadas manifestó que el primer nivel de atención debería contar con algunas especialidades como las de pediatría o ginecología para evitar el traslado del paciente a la ciudad, *“quisiera que trajeran médicos especialistas, así no fuera siempre.”* (usuaria régimen contributivo).

Finalmente, usuarios y algunos gestores de prestadores coinciden en señalar la necesidad de que la aseguradora proporcionen más información a los usuarios sobre los servicios a los que tienen derecho, trámites, lugar, costes de los servicios, etc., principalmente en la transición entre un nivel y otro, *“que esta parte de acceso, de remisiones y de contrarremisiones fuese digamos así como mejor en el sentido de que hubiera más orientación”* (gestor IPS I nivel pública), *“que le digan, si usted necesita una información sobre ecografías, qué días, el costo o cómo hacer para esta ecografía y en donde, diríjase a este número o a esta persona”* (usuaria régimen contributivo).

**Tabla 5-4.5. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios referidas por los informantes**

Ámbito	Tipo de estrategia	Consecuencias
Sistema de autorizaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simplificación y agilización de los trámites de autorización</li> <li>- Priorización población rural</li> <li>- Apertura de una oficina local de autorizaciones</li> <li>- Eliminación del trámite de autorización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agilizar el acceso a la atención especializada</li> <li>- Evitar los costes de desplazamiento para obtener las autorizaciones</li> </ul>
Acceso al médico especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento continuado del médico especialista de los enfermos crónicos</li> <li>- Descentralización de algunas especialidades (ginecología, pediatría) al primer nivel rural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar el acceso al médico especialista</li> </ul>
Información de la EPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar más información sobre derechos, trámites, costes, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilización adecuada</li> </ul>

EPS: Empresa Promotora de Salud

### **1. Tipos de barreras de acceso y diferencias entre regímenes de aseguramiento, áreas y actores**

La percepción general de los informantes es que el acceso de la población a lo largo del continuo asistencial es complejo y poco adecuado, con independencia del tipo de aseguramiento y área. Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, aunque también se detectan graves problemas para acceder a los servicios de salud básicos en los asegurados al régimen contributivo en el área urbana. Los análisis previos en Colombia sobre acceso a la atención especializada sólo habían identificado dificultades en el acceso en el régimen subsidiado<sup>125</sup>.

En el proceso que comprende la búsqueda de atención por parte del individuo, el contacto inicial con los servicios y la continuidad de la atención surgen cuatro grupos de obstáculos interrelacionados: las políticas de aseguramiento, los instrumentos de control de la atención y compra que emplean las aseguradoras, las características estructurales y organizativas de la red de prestadores de salud que organizan, y algunas características de la población que atienden. La competencia en el aseguramiento y provisión emerge directamente como una barrera al acceso, que influye además en los obstáculos anteriores.

Las barreras se retroalimentan unas a otras aumentando los efectos negativos sobre la utilización de los servicios. Por ejemplo, barreras como la autorización que exigen las aseguradoras o la solicitud presencial de las citas médicas aumentan los costes de desplazamiento y de tiempo de los pacientes, ya elevados en áreas en las que las redes de servicios son poco accesibles geográficamente. Otro ejemplo lo constituyen barreras como los límites que establecen las aseguradoras en las pruebas o medicamentos que pueden solicitar los médicos de atención primaria, o las autorizaciones que imponen las aseguradoras, que contribuyen a aumentar los tiempos de espera de la atención especializada, ya elevados por la presencia de barreras estructurales como la escasez de oferta. Otras variables que se retroalimentan son las socioeconómicas - bajos ingresos

económicos, o la falta de apoyo familiar – y los costes directos e indirectos de la atención - pago a los servicios y coste del desplazamiento –. La retroalimentación entre las variables que influyen en la utilización de servicios es un aspecto que se suele omitir en las investigaciones cuantitativas por la dificultad de su medición<sup>83</sup>.

En este estudio emergen con intensidad las barreras de contexto, es decir aquellas ligadas a características de la oferta y la gestión del aseguramiento. Este resultado contrasta con la mayoría de los estudios sobre acceso realizados en Colombia, así como con la información que recogen las encuestas de utilización de servicios<sup>104</sup>, que se centran principalmente en los determinantes poblacionales de la utilización – sociodemográficos y el tipo de afiliación a la seguridad social.

No obstante, estudios en otros entornos muestran la importancia de los factores contextuales. Los relacionados con la oferta disponible y la organización de los recursos aparecen, junto con características poblacionales como la pobreza o la cobertura en el aseguramiento como limitador importante del acceso en países en desarrollo<sup>89</sup> y en población vulnerable de países desarrollados<sup>156</sup>. También este tipo de factores eran los que se solían identificar en los estudios de acceso en Colombia, antes de la reforma<sup>127</sup>.

Los factores relacionados con la gestión del aseguramiento en el sistema –uso de mecanismos de control de la atención y formas de contratación de los servicios-, se encuentran presentes en numerosos estudios sobre otros modelos de competencia gestionada como el estadounidense<sup>157-159</sup>.

Los resultados de la investigación indican la presencia de importantes limitaciones en el acceso para ambos regímenes de aseguramiento, lo cual coincidiría con aquellos estudios que muestran diferencias en la utilización de servicios poco significativas entre ambos tipos de afiliados<sup>11;106;160</sup>.

Aunque los cuatro tipos de barreras de acceso emergen en ambos regímenes se aprecian diferencias notables en la intensidad con la que aparecen en el discurso de los informantes de cada caso. Las diferencias entre regímenes se observan sobre todo en el área urbana. En el régimen subsidiado de este área destacan los obstáculos financieros ligados a la menor cobertura del POS-S, y por tanto mayores copagos, mientras que en

---

el contributivo emergen con más intensidad los obstáculos estructurales relacionados con la provisión de servicios – oferta disponible insuficiente y difícil acceso geográfico. Por tanto, la mayor protección financiera del seguro contributivo no se convierte en un mayor acceso en áreas con un menor nivel socioeconómico.

En cuanto al acceso entre no asegurados y afiliados al régimen subsidiado, la percepción de los informantes en las dos áreas es que la del primer grupo es más fluida a lo largo del continuo asistencial por la inexistencia de barreras relacionadas con la intermediación que controla la utilización de servicios especializados y proporciona redes de un tamaño inferior por priorizar la atención en determinados centros. Esto parecería indicar que si los no asegurados logran superar las barreras financieras de la atención, más elevadas que las de los asegurados, su acceso a lo largo del continuo de servicios resulta más fácil. La percepción de los informantes contrasta con los estudios que muestran una probabilidad de utilizar los servicios significativamente menor entre los que no están afiliados<sup>11;106;160</sup>. La divergencia puede deberse a que estas investigaciones se refieren a la entrada de los pacientes al sistema de salud, mientras que los informantes se refieren a la accesibilidad entre niveles, una vez el paciente ha logrado contactar con los servicios.

Las diferencias entre el área rural y urbana se observan sobre todo en relación al régimen subsidiado. En la red subsidiada de la zona urbana emergen con fuerza barreras relacionadas con el funcionamiento de un mercado con múltiples aseguradoras y proveedores, que se manifiesta en cambios frecuentes de los prestadores que conforman las redes, conflicto entre entidades financiadoras para eludir el pago de servicios, fragmentación de la provisión de la atención en múltiples proveedores, así como más problemas por el rechazo de los pacientes por parte de los prestadores. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales – acceso geográfico y oferta disponible - relacionados con una financiación pública insuficiente, más comunes en países en desarrollo con sistemas de salud públicos con funciones integradas<sup>89</sup>. Estas diferencias se podrían atribuir, por un lado, a la inequidad geográfica en la distribución de los recursos públicos. El ajuste de la cápita (UPC), basado en el riesgo individual<sup>74</sup>, no tiene en cuenta variables ecológicas como la dispersión de la población o la renta que pueden reflejar necesidades relativas de recursos diferentes. Por otro lado, se podrían relacionar con una competencia mayor entre aseguradoras y proveedores en las áreas

urbanas por el mayor número de entidades, lo cual muestra el tipo de problemas para el acceso al que conduce la introducción de competencia en los sistemas públicos de salud.

Los resultados del estudio revelan que el acceso a los servicios no es un fenómeno percibido de manera homogénea por los distintos actores – usuarios, profesionales de los diferentes niveles asistenciales, y gestores de prestadores y aseguradoras. Aunque los diferentes tipos de barreras emergen en el discurso de la mayoría de grupos, la diferencia vuelve a hallarse en el énfasis que realizan unos y otros. Gestores de aseguradoras, señalan el ámbito de las políticas y la provisión como fuente principal de barreras al acceso; los gestores y profesionales de salud de los proveedores, especialmente los públicos en las redes subsidiados destacan los límites relacionados con las aseguradoras junto con las barreras estructurales y organizativas de la prestación y el de las políticas; finalmente los usuarios destacan las barreras organizativas de los servicios, el control a la utilización que establecen las aseguradoras y los costes directos e indirectos de la atención. Estas diferencias, que reflejan el rol de cada actor en el modelo, parecen indicar algunas posiciones contrapuestas y fuentes de conflicto: aseguradoras vs. proveedores públicos, proveedor público vs. privados, usuarios vs. proveedores, usuarios vs. aseguradoras.

## **2. La competencia en el aseguramiento y la provisión de servicios: origen de dificultades en el acceso**

Dos de los principios en los que se fundamenta<sup>35</sup> el modelo de competencia gestionada – la introducción de aseguradoras privadas que compiten entre sí por la gestión del aseguramiento y la búsqueda de sostenibilidad económica por parte de los proveedores públicos- son percibidos por gestores y profesionales de los establecimientos públicos como generadores de barreras al acceso de la población asegurada al régimen subsidiado. Estos elementos aparecen en el discurso de los informantes bien sea como dificultadores directos del acceso, o como causas últimas de otro tipo de barreras que identifican.

Para estos informantes, la introducción de aseguradoras contribuye a empeorar el acceso a la atención mediante los límites que imponen a la utilización de servicios para

maximizar sus beneficios. En el régimen contributivo, usuarios y profesionales de los servicios no se refieren directamente a la figura de las aseguradoras como barrera de acceso, pero sí a los mecanismos de control de la atención que utilizan.

Las implicaciones de la competencia en la gestión del aseguramiento sobre el acceso de los servicios de salud han sido ampliamente discutidas a nivel teórico<sup>42</sup>. Los fallos más señalados son los relacionados con los incentivos a seleccionar riesgos y la disminución de la provisión y calidad de servicios. Entre las causas de estos fallos se citan la falta de condiciones necesarias para que exista competencia en el sector del aseguramiento de salud<sup>42</sup>, tal y como han identificado muchos de los informantes de este estudio: oferta escasa de aseguradoras en áreas rurales o con nivel socioeconómico bajo, límites en la elección de proveedores dentro de las redes que articulan y desconocimiento por parte de los usuarios de los servicios a los que tienen derecho.

Los informantes de los prestadores públicos consideran que la introducción de intermediarios en el aseguramiento contribuye a empeorar el déficit de recursos disponibles para la atención a la salud al desviar recursos públicos de la prestación a la intermediación. Los costes de transacción y administración del sistema de salud –costes de afiliación, comercialización de seguros en los que incurren las aseguradoras, y administración de múltiples seguros a cargo de los proveedores - también han sido mencionados como uno de los elementos de ineficiencia del modelo de competencia gestionada, especialmente cuando se compara con los modelos sanitarios donde hay un único asegurador público<sup>9</sup>. En Colombia, los costes de administración del sistema público representan aproximadamente un 17% del gasto en salud<sup>60</sup>, superior al de sistemas de salud como el canadiense con una única aseguradora pública, en el que equivalen al 8-11% del gasto<sup>61</sup>.

La administración de un sistema con múltiples aseguradoras y redes no sólo tiene consecuencias en el acceso por el coste que genera, si no porque complica la gestión de las derivaciones de los pacientes a la atención especializada. Los profesionales de los servicios deben conocer qué servicios comprenden las redes de las distintas aseguradoras que a menudo cambian de proveedores, el tipo de contrato que mantienen con los prestadores y el sistema de autorizaciones, con lo cual se produce errores frecuentes en la derivación entre niveles retrasando la atención del paciente.

La competencia entre los prestadores públicos por los contratos con las aseguradoras es otra de las características del modelo que según los informantes de los prestadores públicos ocasiona problemas en el acceso a la atención de la población afiliada al régimen subsidiado. La competencia ha introducido cambios en el comportamiento de las instituciones que ahora priorizan la sostenibilidad económica de la entidad, es decir, que no se produzca déficit, en la toma de decisiones administrativas y médicas. Este cambio de comportamiento también ha sido descrito por algunos autores en otros sistemas públicos en los que se introduce la competencia en la provisión<sup>41</sup>.

Entre las consecuencias de este comportamiento que limitan el acceso, los informantes señalan la selección en la atención principalmente de aquellas patologías rentables, y el rechazo de la atención de aquellos pacientes que no cuentan con un pagador – aseguradora o secretaría de salud - o sin ingresos para pagar los servicios, así como de aquellos que no cuentan con la documentación necesaria para facturar los servicios.

Este comportamiento por parte de los proveedores se describe con más intensidad en la zona urbana, probablemente, por un lado, por la presencia de un número más elevado de aseguradoras y de proveedores, y por otro, por una cobertura del régimen subsidiado más alta, y por tanto un peso en la financiación de los hospitales más elevada a través de los contratos que establecen con las aseguradoras.

El rechazo de la atención de los pacientes resulta particularmente grave en el caso de pacientes urgentes trasladados desde los primeros niveles de atención, a pesar de que la Ley 100 reconoce el derecho a la atención inicial de urgencias a cualquier colombiano<sup>65</sup>. Por tanto, los resultados del estudio indicarían la necesidad de establecer la garantía durante todo el episodio urgente, incluido el traslado de los pacientes a niveles de más complejidad.

Finalmente, la división de opiniones en torno al modelo de competencia gestionada refleja un alto grado de conflicto entre algunos de los actores principales del régimen subsidiado como los gestores y profesionales de los proveedores públicos, por un lado, y gestores de las aseguradoras y proveedores privados, por otro. Las opiniones contrarias a los principios del modelo no surgen entre los actores del régimen

contributivo – aseguradoras y proveedores privados-, probablemente porque están alineados con sus intereses económicos.

### **3. Debilidades en la protección del seguro de salud**

Uno de los retos de un sistema de salud público es proteger a la población contra el riesgo de afrontar costes médicos tan altos que les empobrecería al ser atendidos o de quedarse sin la asistencia requerida<sup>161</sup>. El mecanismo más efectivo y equitativo para ello es el seguro de salud obligatorio financiado a través de impuestos o cotizaciones a la seguridad social<sup>9</sup>. Por ello, la afiliación a un seguro de salud es considerado por la mayoría de los marcos de análisis de acceso, como uno de los determinantes más importantes del uso de los servicios de salud<sup>15-17;19</sup>. No obstante, la afiliación a un seguro no es suficiente para garantizar la protección financiera. También es importante considerar los servicios que cubre el seguro y su estabilidad en el tiempo<sup>161</sup>.

Los resultados del estudio muestran dificultades en el acceso a los servicios asociados a la protección financiera de la población. Las barreras se relacionan con la dificultad para afiliarse a la población a un seguro; el diseño de un paquete de beneficios que excluye prestaciones de atención especializada necesarias para la atención de la población y determinadas normas que regulan el acceso a las prestaciones. Como consecuencia, el copago (para los asegurados, principalmente en el seguro subsidiado) y el pago a los servicios (para los no asegurados) emergen como una barrera importante de acceso para los informantes.

#### **Dificultades en la afiliación al seguro de salud**

Los resultados del estudio muestran que las dificultades en relación a la extensión de la afiliación viene determinado por las condiciones particulares de afiliación a cada uno de los seguros – vinculado al nivel socioeconómico en el seguro subsidiado, y a la condición de trabajador asalariado en el contributivo-. En el seguro subsidiado predominan barreras relacionadas con su carácter focalizado –errores en la identificación y acceso restringido-, mientras que en el seguro contributivo se relacionan

con la informalidad e inestabilidad del mercado laboral que dificultan el acceso a este régimen y provocan inestabilidad en el aseguramiento.

Los errores en la identificación de los beneficiarios es un problema común en los seguros de salud públicos no universales. Por este motivo, población potencialmente beneficiaria queda sin asegurar al quedar clasificada en un nivel socioeconómico superior (*error de exclusión*), mientras que población que incumple los criterios de focalización accede al seguro subsidiado (*error de inclusión*)<sup>162</sup>.

La utilización política del seguro subsidiado como mecanismo para obtener votos es percibida por los informantes como la causa principal de la selección incorrecta de los beneficiarios, con más intensidad en la zona rural. Diversos estudios en Colombia también refieren irregularidades políticas en el aseguramiento subsidiado. Según una encuesta realizada en el 2000 a nivel nacional<sup>162</sup>, el 22% de las administraciones municipales y el 10% de los hogares entrevistados tenían conocimiento sobre irregularidades en los procesos de afiliación al régimen subsidiado. La conducta irregular a la que se referían con más frecuencia se relacionaba con el aseguramiento a cambio del voto por un candidato.

Algunas corrientes de pensamiento han vinculado la corrupción en el proceso de selección de beneficiarios a la descentralización de la decisión sobre *quién se afilia* a los poderes locales. En este sentido, algunos estudios tanto en el contexto nacional<sup>162</sup> como en el internacional<sup>163</sup>, muestran cómo las decisiones en el nivel local responden con frecuencia a los intereses propios o de los grupos dominantes locales – terratenientes, empresarios, capital financiero, etc.-, y no a las necesidades de la población. No obstante, otros autores defienden que la corrupción política se produce con más intensidad en sistemas centralizados en los que los procesos de decisión son menos transparentes y el control es más complejo<sup>164</sup>.

Las prácticas clientelares sesgan sin duda los procesos de selección y afiliación de los beneficiarios, y por tanto el acceso a la salud de la población sin capacidad de pago<sup>162</sup>. No obstante, el problema de la exclusión de la población del aseguramiento subsidiado se produce no tanto por errores en la aplicación de la encuesta del SISBEN, sino sobre todo por problemas en su cobertura. Se ha estimado que aproximadamente 10 millones

de personas por debajo de la línea de la pobreza (LP) en Colombia, no han sido encuestados y por tanto se encuentran excluidos del régimen subsidiado<sup>162</sup>. Los motivos principales que identifica la literatura son la falta de presupuesto para extender la encuesta, y por tanto la cobertura del aseguramiento subsidiado<sup>127</sup>, así como problemas de validez del SISBEN - basado en el índice de necesidades básicas (NBI)- para medir la pobreza y los cambios socioeconómicos a lo largo de la vida<sup>165</sup>.

La falta de recursos para la extensión del seguro subsidiado tiene como efectos la restricción en el acceso a este régimen que los informantes perciben en forma de lentitud de los trámites para afiliarse – en el área urbana- y políticas de priorización o focalización en la afiliación de determinados colectivos – en el área rural-. Estas estrategias de focalización también son identificadas como barreras de acceso al seguro en áreas urbanas por otro estudio cualitativo realizado en Antioquia<sup>20</sup>.

Otro tipo de problemas que emerge en los resultados del estudio, principalmente en el área urbana, se refiere a la afiliación de los hijos de los afiliados al régimen subsidiado. Otros estudios se han hecho eco de la preocupación que supone las cifras de menores no asegurados pero con progenitores afiliados a algún seguro: aproximadamente un 21,6% de los menores de un año, y del 16,2% para los que tienen entre 1-4 años<sup>121</sup>. Estos autores señalan como principal causa del problema, la falta de información de los padres. No obstante, en este estudio emergen como barrera principal determinadas normas que regulan la afiliación de los menores. La obligatoriedad de afiliar a los hijos en el régimen contributivo cuando alguno de los progenitores está afiliado a este seguro y de registrar su nacimiento como condición previa a asegurarlo, es el que se menciona con más intensidad. Estas dificultades las identifican principalmente las entrevistadas cabeza de hogar. Según las informantes, en muchas ocasiones los hijos quedan sin cobertura de seguro porque el padre no los afilia, a pesar de que ellas están afiliadas al régimen subsidiado y podrían extender el seguro a sus hijos. Este tipo de normas que tratan de incentivar la afiliación al seguro contributivo de los beneficiarios<sup>75</sup>, reflejan no obstante el diseño del seguro contributivo basado en un tipo de familia nuclear con presencia de ambos padres en el hogar, en el que el hombre ejerce como cabeza de hogar. Los resultados del estudio, por tanto, introducen un aspecto importante para el debate: la adecuación de esta norma para otro tipo de organización familiar como los hogares monoparentales, o aquellos en los que la jefatura es femenina. Un tipo de

familias con un peso importante y creciente en la sociedad colombiana (aproximadamente el 30,5% de los hogares)<sup>166</sup>.

El crecimiento del empleo de tipo informal y temporal también ha sido contemplado como el factor principal que dificulta la extensión del seguro contributivo por otros estudios<sup>11;167;168</sup>, que entre 1997 y 2003 sólo se incrementó en un punto. De hecho, Colombia se encuentra entre los países de América Latina con tasas de empleo asalariado más bajas: un 56% de los ocupados urbanos tenían un empleo asalariado en el 2005, frente a un 68,5% de media en la región<sup>169</sup>. Entre estos trabajadores asalariados predominan además, como en el resto de la región, el uso de modalidades de contratación informal sin derecho a prestaciones sociales y temporal: uno de cada dos asalariados había firmado algún tipo de contrato formal, sólo uno de cada ocho tenía un contrato indefinido<sup>169</sup>.

Los resultados del estudio muestran que tener un contrato formal de trabajo tampoco equivale a estar asegurado. Según los informantes, existen fuertes incentivos para evadir el seguro por parte de los trabajadores o sus beneficiarios debido a las desventajas del aseguramiento contributivo frente al subsidiado. Entre ellas, la discontinuidad en la afiliación que implica la pérdida de trabajo asalariado, y la menor accesibilidad geográfica de las redes de prestadores que contratan las EPS en relación a las de las ARS. Los afiliados al régimen subsidiado entrevistados preferían no afiliarse al seguro contributivo cuando son contratados para disponer de la cobertura de un seguro de salud cuando quedan desempleados, o para evitar el coste del desplazamiento a los centros contratados por las EPS en zonas alejadas al área. Estos resultados complementan los de otros estudios en Colombia que centran las causas de la evasión de la afiliación al seguro contributivo exclusivamente en los incentivos de eludir los costes de afiliación al seguro<sup>170</sup>.

Los informantes afiliados al régimen contributivo también destacan el coste del seguro contributivo como barrera para afiliar a sus familiares no beneficiarios, quienes deben asumir de forma íntegra la cotización del 12,5%<sup>65</sup>. En este sentido, según algunas encuestas<sup>167</sup> aproximadamente 8,8 millones de personas en Colombia no tendrían suficientes ingresos para afiliarse al seguro contributivo, aunque no registren condiciones estructurales de pobreza, y por tanto no puedan asegurarse al régimen

subsidiado. Diferentes autores critican que no se hayan implementado mecanismos efectivos para afiliar este segmento de población – pensionados, trabajadores independientes, etc.-<sup>167</sup>.

### **Pérdida de aseguramiento tras la afiliación**

Los informantes coinciden en señalar diversas dificultades tras la afiliación al seguro subsidiado, que con frecuencia supone la pérdida de cobertura de aseguramiento para el afiliado, imposibilitándoles la utilización de servicios hasta que no solucionan el problema o se reaseguran. El error de doble afiliación (al contributivo y subsidiado) es el que aparece con mayor frecuencia en el área urbana por la elevada movilidad de la población ocupada entre la economía formal e informal. Esto es, un segmento importante de la población se afilia y desafilia con asiduidad del aseguramiento contributivo, y los sistemas de información no registran de manera automática los cambios en el estado de afiliación del trabajador. La intensidad con la que emerge este problema en el discurso de los informantes contrasta con las estimaciones de doble afiliación a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 que muestran que aproximadamente sólo un 1% de los asegurados presentan este problema. Probablemente las diferencias se deben a una subestimación de este problema en la Encuesta – tal y como señalan los informantes, los afiliados desconocen este error hasta que intentan utilizar los servicios-.

En el área rural, la pérdida de cobertura tras la afiliación se ocasiona cuando se produce el desplazamiento de la población entre municipios debido a que el seguro subsidiado tiene una cobertura geográfica local. Esto cuestiona la efectividad de implementar seguros de salud descentralizados territorialmente en los que no se garantiza la cobertura en todo el territorio nacional.

Finalmente, los resultados del estudio muestran que la pérdida temporal de cobertura en el aseguramiento también puede venir motivada por el traspaso de afiliados entre aseguradoras cuando una entidad suspende su actividad. Este factor, que sólo aparece en el área urbana de estudio, se explica por la existencia en este área de un mercado en el aseguramiento en el que existen múltiples aseguradoras que entran y salen del mercado<sup>70;137</sup>.

### **Un POS-S con prestaciones insuficientes y un diseñado inadecuado**

Otro elemento que debilita la protección del seguro subsidiado dificultando el acceso a los servicios es la cobertura limitada de prestaciones que contempla el POS-S.

Aunque las prestaciones incluidas en los paquetes de beneficios son percibidas como insuficientes para los profesionales de atención especializada entrevistados en los dos seguros, los análisis que comparan ambos paquetes señalan que la cobertura del POS-S contempla aproximadamente un 70% de los beneficios del contributivo<sup>12;13</sup>-. El hecho de que el copago emerja como barrera de acceso con menor intensidad en el discurso de los informantes del régimen contributivo, también parece reflejar la mayor amplitud del paquete de beneficios del régimen contributivo.

Por tanto, puesto algunos autores estiman que el paquete de beneficios contributivo cubre cerca del 90% de las patologías propias del perfil epidemiológico del territorio colombiano<sup>12</sup>, el paquete subsidiado dejaría fuera el tratamiento de un porcentaje elevado de problemas de salud, para una población que además, dado su menor nivel de renta, presenta mayores necesidades de salud.

Los resultados del estudio muestran también que el tipo de diseño del POS-S genera problemas de acceso. Este paquete contempla la cobertura de la atención primaria en salud y de las enfermedades de alto coste<sup>81</sup>, lo que implica que las ARS no aseguren de forma integral las prestaciones necesarias a lo largo de un episodio de enfermedad. La atención en determinadas fases de la enfermedad - por ejemplo la atención especializada en las fases en las que se puede diagnosticar o tratar a tiempo la enfermedad - quedan sin cobertura de aseguramiento. Estos episodios se clasifican como procedimientos no POS, se financian con fondos de la Secretaría de Salud y copagos de los usuarios, y su provisión se proporcionan en las redes de servicios que la Secretaría contrata<sup>75</sup> que no tienen por qué coincidir con las de las aseguradoras.

Las consecuencias de este tipo de diseño fragmentado para el acceso a la atención adecuada son muy importantes. Normalmente suponen la ruptura en la continuidad en la atención, puesto que el paciente pasa de la red contratada por la ARS a la de la Secretaría, lo cual puede implicar cambio de centro, pérdida del paciente en el sistema,

retrasos en la atención, etc. Pero sobre todo, se produce el conflicto entre los financiadores de la atención en la interpretación sobre si el episodio está incluido en el POS-S para evitar asumir su financiación, lo cual retrasa la atención y en algunos casos se deniega.

Según los informantes, otro dos factores que contribuyen a fragmentar la atención y retrasar la resolución del pacientes es la clasificación de los procedimientos incluidos en el POS-S por niveles asistenciales, y la contratación de las aseguradoras de un mismo proceso asistencial con diferentes proveedores.

La mayoría de los sistemas de salud se organizan agrupando sus recursos y actividades en niveles asistenciales por motivos de eficiencia. En cada nivel asistencial existe una relación inversa entre accesibilidad y complejidad tecnológica, de modo que los primeros niveles poseen una elevada accesibilidad y, por tanto, una baja complejidad tecnológica mientras que ocurre lo contrario con los niveles más complejos<sup>171</sup>. No obstante, los informantes manifiestan que esta estructura puede contribuir a romper la continuidad de la atención y retrasar su resolución cuando se prohíbe a los niveles de más complejidad realizar pruebas clasificadas en niveles inferiores, o se limita las prestaciones que se ofrecen desde el primer nivel a aspectos muy básicos. En estos casos, se obliga al paciente a acudir a varios hospitales para un mismo episodio, retrasando la resolución del problema.

La contratación fragmentada de un mismo episodio a distintos proveedores – por ejemplo de la patología cervical (diagnóstico y tratamiento) - podría responder a diversas causas: a la ubicación del paciente al dispositivo que ofrezca condiciones de contratación más favorable; o al desdibujamiento de los niveles asistenciales a los que ha conducido la competencia entre hospitales y que ha llevado a que hospitales de mediana complejidad ofrezcan a las aseguradoras determinados procedimientos de alta tecnología pero no la atención integral al proceso.

Para el régimen contributivo, los informantes destacan con intensidad determinadas normas que contempla la Ley 100<sup>75</sup> que limitan el acceso a las prestaciones del mismo, como los periodos mínimos de cotización para prestaciones de alto coste, la suspensión de la cobertura del aseguramiento por impago de la cotización, y la cobertura no

inmediata de los servicios tras la afiliación. Como consecuencia, los afiliados no pueden acceder a los servicios de salud o deben realizar un copago. Los informantes destacan las dificultades –trámites, impedimentos por parte de las aseguradoras, etc.- con las que se encuentran los pacientes cuando intentan acceder a estos servicios así como la inflexibilidad de las aseguradoras en el momento de aplicar las normas que limitan el acceso. Las acciones de tutela se han convertido en un mecanismo cada vez más frecuente para acceder a estos servicios<sup>172</sup>.

### **El pago a los servicios y copagos: importantes barreras en el acceso a los servicios**

De forma coincidente con algunos estudios para Colombia<sup>70;105;173;174</sup>, el pago a los servicios, o copago si el individuo está asegurado, emerge como una de las barreras más importantes al acceso a los servicios desde el punto de vista de los usuarios, tanto para los no asegurados como para los afiliados al régimen subsidiado en ambas áreas de estudio.

Para los afiliados al régimen subsidiado entrevistados, las dificultades aparecen en relación a los copagos de prestaciones no cubiertas por el POS-S, principalmente pruebas diagnósticas de atención especializada y medicamentos para enfermedades crónicas y de alto coste. Mientras que los no asegurados señalan también el pago para la atención especializada básica. Estos resultados parecen coincidir con otros estudios en Colombia que muestran que los gastos de bolsillo se concentran principalmente en los medicamentos y la atención hospitalaria<sup>175</sup>. Los resultados del estudio también indican fuentes encubiertas de copago, como por ejemplo las pruebas diagnósticas complejas que se exige a los primeros niveles de atención en la derivación del paciente.

La decisión que con mayor frecuencia toman los usuarios entrevistados ante la barrera económica es la de no utilizar los servicios por no poder pagar los servicios, más que movilizar recursos (préstamos, etc.) para adquirir estos servicios<sup>176</sup>. De hecho, existen numerosos estudios en países en desarrollo que muestran que los copagos reducen la utilización de la demanda de servicios o retrasan la búsqueda de atención, especialmente entre los grupos de población más pobres<sup>177;178</sup>, con menor capacidad de movilizar recursos (redes de apoyo, etc.), mujeres y ancianos<sup>176</sup>, y enfermos crónicos<sup>101</sup>

La percepción del pago a los servicios como barrera importante en el acceso al seguro subsidiado por parte de los informantes de este estudio parece entrar en contradicción con la tendencia en la disminución del peso del gasto de bolsillo en el gasto total en salud en Colombia desde 1997<sup>67</sup>. Barón y Leguimización<sup>67</sup> señalan una caída del gasto a partir del análisis de las cuentas de salud, del 30,2% en 1997, al 7,5% en el 2003. Podrían existir diversas explicaciones para esta contradicción. En primer lugar, que la disminución del gasto de bolsillo se hubiera producido por una caída en la utilización de los servicios de salud. Los estudios sobre utilización de los servicios parecen indicar una disminución en la utilización de servicios para la población no asegurada, pero no sería el caso de la población asegurada a ambos regímenes que o bien permanece constante o aumenta ligeramente<sup>11</sup>. En segundo lugar, que el gasto de bolsillo hubiera disminuido entre la población afiliada al régimen contributivo y población con más recursos económicos pero no entre los no asegurados y subsidiados, para los que sigue siendo una barrera importante para la utilización de servicios. Apoyarían esta hipótesis datos como el mayor gasto en bolsillo como proporción de la renta de los afiliados al régimen subsidiado que los del contributivo<sup>175</sup>, o que la barrera económica sea la principal causa de no acudir a los servicios de salud entre los no asegurados y la segunda entre los subsidiados<sup>115</sup>.

Aunque en el régimen contributivo, el copago surge en el discurso de los informantes como factor que dificulta el acceso con menos fuerza, sí que es percibido por algunos usuarios como fuente discriminación en la atención, de forma que aquellos que deben realizar un copago menor tienen más dificultades para acceder al especialista, pruebas y medicamentos prescritos, etc. El copago es un ingreso que percibe la aseguradora por cada acto, con lo cual el incentivo teórico de este mecanismo es a brindar más servicios a aquellos individuos que deban realizar copagos más elevados para maximizar sus ingresos. Resulta paradójico que una corrección que se introduce para atenuar la inequidad en la financiación del copago – ajustarlo según el nivel socioeconómico del individuo<sup>75</sup>, empeore finalmente la equidad en el acceso.

#### 4. El impacto de los mecanismos de control de la atención (*managed care*) sobre el acceso a los servicios

##### El tipo de mecanismos y sus consecuencias para el acceso

En ambos regímenes y áreas, todos los grupos de informantes - con la excepción de los gestores de las aseguradoras y de prestadores privados - opinan que las aseguradoras introducen barreras a la utilización de los servicios a través de diversos mecanismos o estrategias, denominados por la literatura como mecanismos de control de la atención o *managed care*<sup>158;179</sup>.

Los mecanismos de control de la atención identificados se pueden clasificar en dos tipos: aquellos que actúan directamente sobre la demanda – principalmente, la autorización de servicios-, y los que actúan sobre la oferta – auditorías clínicas, control de la práctica clínica mediante límites a la prescripción, pruebas complementarias, derivaciones al especialista, etc., y contratación capítativa-. Los resultados del estudio parecen indicar que la utilización de un tipo de mecanismo u otro depende no tanto del tipo de seguro o de área, sino del grado de integración entre el aseguramiento y la provisión. El mecanismo predominante en las redes con integración de funciones se controla la utilización de servicios fijando límites a la práctica clínica, mientras que en las redes donde hay separación de las funciones se utilizan mecanismos que actúan sobre la demanda, o de pago como la contratación capítativa. La integración entre el aseguramiento y la provisión viene delimitada por ley: en el seguro subsidiado está prohibida, mientras que en el contributivo se ha establecido un límite máximo del 30% del gasto en salud<sup>69;115</sup>.

Los resultados del estudio muestran que el tipo de dificultades para el acceso que implica la utilización de las estrategias varía según el tipo de instrumento, aunque en general se refieren siempre al acceso a la atención especializada.

Por un lado, las *autorizaciones* retrasan la atención de servicios especializados (traslados de urgencias desde el primer nivel, pruebas diagnósticas, cirugías, etc.), y aumentan los costes indirectos de la atención – transporte y tiempo-, complicando la utilización de servicios de la población que reside en áreas de difícil acceso geográfico.

Los *límites a la práctica clínica*, – medicamentos, pruebas y derivaciones al especialista- identificados principalmente en la atención primaria retrasan el diagnóstico y tratamiento del problema de salud, bien sea porque disminuyen la capacidad resolutoria de este nivel asistencial, o porque no permiten que el paciente acceda al nivel adecuado a sus necesidades. El *pago capitativo* tendría consecuencias negativas para el acceso, directamente, al incentivar a los proveedores a disminuir la cantidad y calidad de los servicios que prestan y la selección de pacientes; e indirectamente, al aumentar el tiempo de espera y los costes del desplazamiento hasta los servicios capitados, que son los que las aseguradoras priorizan en las derivaciones dentro de la red.

Los resultados encontrados en este estudio son similares a los encontrados en otros contextos. Varas revisiones sistemáticas de la literatura muestran opiniones contrarias al uso de este tipo de mecanismos por parte de los profesionales y los asegurados en EEUU<sup>158;180</sup>, y describen dificultades parecidas: negación de un medicamento prescrito, una prueba diagnóstica, una hospitalización, una derivación al especialista o mayor tiempo de espera en las derivaciones<sup>158;180</sup>.

Los estudios que muestran opiniones de usuarios y profesionales contrarias al uso de mecanismos de control de la atención han sido criticados por diversos motivos. En primero lugar, se indica que los pacientes a menudo perciben cualquier restricción como un empeoramiento en su acceso (acceso al especialista a través del médico de atención primaria, rechazo en la cobertura de prestaciones poco coste efectivas, etc.), principalmente aquellos que han sido atendidos en entornos con libre acceso<sup>172</sup>. Y los médicos, como una pérdida de control y autonomía sobre la decisión médica<sup>159</sup>.

En segundo lugar, algunas de las restricciones percibidas atribuidas a los mecanismos de control de la atención como la negación persistente de los médicos del primer nivel a derivarlos al especialista, se han identificado también en entornos con modelos organizativos distintos<sup>181</sup>. Por lo tanto no podrían atribuirse exclusivamente a modelos de competencia gestionada, sino también relacionarse con déficit de financiación de los sistemas de salud, ineficiencias organizativas, etc.

Finalmente algunos autores concluyen que gracias al uso de estos mecanismos, las organizaciones son más eficientes y pueden ofrecer a los afiliados primas y copagos

menores<sup>46;157</sup>. Estos instrumentos permitirían teóricamente resolver problemas de información asimétrica y por tanto mejorar la eficiencia y calidad de los servicios, bien sea a través del control sobre el consumo de recursos que realiza el asegurado disminuyendo la demanda inadecuada (autorizaciones); mediante la transferencia de riesgo desde el financiador (principal) al prestador (agente) de forma que alinean los incentivos de ambo a racionalizar el gasto y la prevención (cápita)<sup>182</sup>; o de la utilización racional de los recursos y la calidad por parte de los profesionales (guías de práctica clínica, auditorías clínicas o condiciones de contratación)<sup>183</sup>.

Como consideración final, se podría argüir que el problema no reside en el mecanismo *per sé*, sino en la finalidad y el contexto en el que se utilicen. La figura, por ejemplo, del médico de atención primaria como gatekeeper puede mejorar la accesibilidad al sistema, la continuidad de relación<sup>184</sup> y la eficiencia<sup>171</sup> en la red. No obstante, para muchas aseguradoras privadas, el rol de gatekeeper no persigue este objetivo sino el control de las derivaciones al especialista, los ingresos hospitalarios y los procedimientos, con el fin de reducir los costes sanitarios<sup>185</sup>. En cuanto a la importancia del contexto, instrumentos como la asignación capítativa pueden incentivar a la eficiencia en entornos en los que tradicionalmente se ha pagado a los proveedores por servicio, induciendo a la demanda. No obstante, en países en desarrollo con bajas productividades de los servicios de salud<sup>186</sup>, la introducción de este tipo de mecanismos puede suponer la disminución de la provisión de servicios necesarios, y en último término el empeoramiento de la salud de la población y el aumento de los costes globales de la enfermedad.

### **El caso particular del mecanismo de pago capítativo**

La selección de pacientes por parte de los prestadores y la priorización de las derivaciones de los pacientes por parte de las aseguradoras en los centros que son asignados per cápita, son dos de los factores vinculados a este mecanismo de pago que emergen como dificultadores del acceso.

El sistema de pago capítativo incentiva a los proveedores a seleccionar los pacientes menos costosos y derivar a otros niveles asistenciales aquellos que suponen un mayor gasto<sup>182</sup>. La forma de evitar esta selección es el control estricto de las derivaciones y la

facturación entre niveles<sup>182</sup>. No obstante, los resultados del estudio muestran que a pesar de que las aseguradoras emplean estos mecanismos, la difícil interpretación de cuándo una atención pertenece a un nivel asistencial u otro, conduce al conflicto entre hospitales en el intento de rechazar a los pacientes para evitar asumir la financiación del episodio, lo que supone retraso en la atención y pérdida en la continuidad asistencial. Se distinguen dos situaciones en las que se produce este problema: (a) si hay dudas sobre el nivel de atención, el hospital intentará rechazar al paciente, argumentando que es de un nivel asistencial superior. De esta forma, se ahorrará los costes de la atención, y no se descontará el servicio de la cápita; (b) si no hay duda, el hospital tiene incentivos a que le devuelvan el paciente para que la aseguradora no les descuente de la cápita los costes de la atención en el otro hospital.

Por su parte, la priorización por parte de las ARS en la ubicación de los pacientes en los centros capitados supone una reducción efectiva del tamaño de la red que ofrece la aseguradora. Este es uno de los factores por el que muchos de los informantes perciben que el acceso – tiempo de espera y acceso geográfico- es peor para la población asegurada que para los no asegurados. De hecho, la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 muestra que la barrera geográfica es un motivo más frecuente para no utilizar los servicios entre la población asegurada al régimen subsidiado que para la no asegurada<sup>115</sup>.

Aunque en las redes que utilizan sistemas de pago por episodio no se perciben disputa entre hospitales por los pacientes, sí que emerge la priorización de la ubicación de los pacientes en aquellos centros de la red que ofrecen mejores tarifas para las aseguradoras. Además los informantes señalan otro tipo de selección de pacientes relacionada con la rentabilidad de la tarifa a la que se paga el episodio: ingresan pacientes para los que el pago por episodio resulta más rentable para el prestador (trauma, etc.) y rechazan pacientes peor remunerados, como por ejemplo, enfermos con estancias elevadas. Por tanto, este tipo de comportamiento que genera problemas en el acceso no sólo se relaciona con el tipo de mecanismo de pago y el incentivo asociado, sino también con la búsqueda de beneficio por parte de las instituciones.

## **5. Las barreras relacionadas con la oferta de servicios de salud**

### **Escasez en la oferta disponible**

En ambos regímenes de aseguramiento los informantes señalan escasez de oferta de servicios tanto en especialidades básicas como de alta tecnología. En la red contributiva del área urbana, los informantes también perciben oferta insuficiente de centros de atención primaria. Las causas del déficit de oferta de servicios que los informantes identifican varían según el régimen. En el seguro contributivo se relacionan con la insuficiente inversión privada en el mercado; y en el subsidiado, se atribuye no sólo a la insuficiencia financiera pública sino a elementos de ineficiencia del modelo de competencia gestionada como los elevados costes administrativos, los incentivos de proveedores públicos a cerrar aquellos servicios no rentables como los de medicina interna, o la falta de contratación por parte de algunas aseguradoras de servicios de alta tecnología.

Estos resultados reflejan por un lado la debilidad del rol del ente rector, incapaz de garantizar que las aseguradoras tanto del régimen contributivo como subsidiado ofrezcan a sus afiliados redes con todos los niveles de atención necesarios; y por otro, las consecuencias de traspasar desde la planificación pública al mercado decisiones sobre la inversión en servicios con un coste elevado como los cuidados intensivos, la atención de pacientes con VIH, la atención oncológica, etc. A pesar de la abundante evidencia empírica en el contexto internacional que revela fallos de esta índole<sup>41</sup>.

### **Barreras geográficas**

Las dificultades geográficas de acceso y el tipo de servicios que afecta varían según el régimen de aseguramiento y área. En la red subsidiada del área urbana seleccionada, las barreras geográficas las identifica la población que reside en barrios periféricos de la localidad y en relación a los servicios especializados, mientras que en la red contributiva afectan a todos los usuarios independientemente del barrio en que residan y para todos los niveles de atención. En las redes contributivas y subsidiadas del área rural la población que reside en la cabecera del municipio identifica barreras geográficas para la

atención especializada, y los que viven en aldeas lejanas también manifiestan dificultades en el acceso al primer nivel.

La mayoría de los estudios que encuentran barreras geográficas se refieren a áreas rurales<sup>89</sup>. El acceso, especialmente a la atención especializada, suele ser peor en las áreas rurales porque los hospitales se concentran en las zonas urbanas<sup>187</sup>. Por tanto, llama la atención que este tipo de barreras emerja en este estudio también para el área urbana, y sobre todo en relación al régimen contributivo con mayores recursos. Esto se podría relacionar con la extensión de la ciudad de Bogotá, pero sobre todo con la concentración de los recursos sanitarios privados las áreas con un nivel socioeconómico más elevado.

Asimismo, resulta destacable que los servicios de atención primaria de la red contributiva del área urbana sean menos accesibles geográficamente que en el resto de redes analizadas. En el área rural, este problema no es tan acentuado porque la aseguradora contrata con el hospital público del municipio, aunque los informantes señalan que esta práctica no la llevan a cabo todas las EPS con afiliados en el área. En este sentido, las Encuestas de Calidad de Vida en Colombia indican que la barrera geográfica es un motivo frecuente para no acudir a los servicios de salud en ambos regímenes, aumentando su importancia en los últimos años en el seguro contributivo<sup>115</sup>.

La distancia a los centros de la red es el factor geográfico principal que dificulta el acceso, pero también emergen otros que son comunes a las dos áreas como las dificultades en el transporte público hasta los centros - horarios, frecuencia, y tiempo de viaje-, y algunos elementos que aparecen exclusivamente en el área rural, como su geografía abrupta y vías en mal estado.

Estos factores suponen un coste indirecto de la atención para los usuarios – transporte, estancia en la ciudad, tiempo, etc.-, que en muchas ocasiones resulta una barrera infranqueable que impide la utilización de los servicios especializados, sobre todo para la población del área rural. Los resultados coinciden con la amplia evidencia en el contexto internacional que muestra que la distancia a los servicios supone un coste elevado a los individuos que en algunos casos puede convertirse en el motivo principal en la búsqueda de atención<sup>89;188;189</sup>. Diversos estudios han estimado que este tipo de

costes puede alcanzar en torno al 25% de los costes totales de la atención (incluyendo los no financiados por los usuarios) <sup>188</sup>. En algunos casos puede ser mayor que los costes directos de los servicios <sup>89</sup>.

## **6. Las barreras organizativas en la atención a lo largo del continuo asistencial**

### **Tiempo de espera**

La dificultad organizativa que emerge con más fuerza en todos los casos es el elevado tiempo de espera para obtener atención en los servicios especializados en ambos regímenes. Los informantes indican tiempos excesivos para la atención en consulta externa y para la atención urgente. El tiempo de espera se percibe en todas las áreas como una consecuencia inmediata de la insuficiencia de recursos especializados, así como de las autorizaciones de las aseguradoras.

Para los informantes, esta barrera al acceso tiene consecuencias importantes para la salud de la población. El retraso en el diagnóstico y tratamiento es el principal. Aunque para algunos informantes también desmotiva a los enfermos a acudir a los servicios, y a aquellos con recursos económicos, los incentiva a buscar atención en los servicios privados.

Esta percepción contrasta con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 1997 en la que el 84,7% de los usuarios encuestados calificaba la atención como oportuna <sup>190</sup>; y con los elevados niveles de satisfacción con los tiempos de espera que muestra la Encuesta de satisfacción realizada por la Defensoría <sup>70</sup>. Las diferencias pueden encontrarse en elementos metodológicos. En el caso de la ECV 97, sólo se contemplan dos opciones de respuesta para esta pregunta – oportuna o demorada-, sin especificar el tipo de atención para la que se pedía valoración. En el caso de la encuesta de la Defensoría, sólo se tienen en cuenta la espera hasta el contacto inicial con los servicios.

Aunque el retraso en la atención emerge en todos los tipos de atención, aparece con más fuerza en relación al traslado de pacientes urgentes graves. En muchas ocasiones, según

los informantes, estos pacientes no llegan a ser atendidos en el nivel de complejidad adecuado a sus necesidades. Los informantes que perciben con más intensidad este problema son los profesionales de la salud de los niveles de menos complejidad del seguro subsidiado en ambas áreas, y del seguro contributivo en el área rural.

Las barreras en el acceso en la atención urgente en países en desarrollo han sido ampliamente recogidas por la literatura, así como su impacto en la mortalidad de la población<sup>191</sup>. En general se suelen relacionar con las tres etapas de la atención médica urgente: retraso en la búsqueda de atención médica, escasez de transporte médico urgente y falta de tratamiento adecuado en el nivel que deriva al paciente por mala calidad en la atención y fallos en el *triage* inicial<sup>191</sup>. Las barreras que emergen en este estudio se refieren principalmente a la etapa intermedia: el retraso en la derivación del paciente desde los primeros niveles de atención a los niveles de más complejidad. En el subsidiado se atribuyen a la escasez de camas en los niveles de más complejidad y ambulancias disponibles, y en el contributivo por los problemas de comunicación con los centros autorizadores de las EPS.

### **Solicitud de citas**

En el discurso de los usuarios del seguro subsidiado aparecen algunos aspectos relacionados con los trámites para solicitar las citas con los servicios especializados que dificultan su acceso. Su carácter presencial ocasiona un coste en tiempo, importante para aquellos usuarios que trabajan o con algún tipo de carga familiar; al que se le añade el coste del desplazamiento en las áreas con problemas de accesibilidad geográfica. Este coste se eleva con la práctica de determinados hospitales de limitar la cantidad de visitas a repartir y los días en los que se puede solicitar las citas. El racionamiento provoca filas y obliga a los pacientes a realizar varios intentos para conseguir la cita, desincentivando en ocasiones la búsqueda de atención. Por tanto, sería preferible no utilizar este mecanismo de racionamiento, extendido en países en desarrollo<sup>101</sup>, aunque aflore un tiempo de espera de los servicios más elevado del que ficticiamente se muestra.

## Calidad asistencial

Según los informantes, la mala calidad de la atención desincentiva a los usuarios a utilizar los servicios en la red del seguro subsidiado del área urbana y en la contributiva del área rural. Los profesionales de los servicios destacan el maltrato y el poco tiempo dedicado a los pacientes en las consultas. Los usuarios señalan, además del tiempo de consulta, la falta de capacidad de resolución de los servicios como factor que los inducen a no buscar atención o continuar con el proceso de atención.

Los resultados de este estudio coincidirían con los realizados en otros países en desarrollo que muestran cómo algunos atributos relacionados con la calidad como la capacidad tecnológica, o la formación de los profesionales atraen o rechazan a los individuos hasta los servicios<sup>89;101;192</sup>. Por otro lado, los informantes atribuyen el poco tiempo dedicado a la consulta con los pacientes al mecanismo de pago a los profesionales basado en la productividad, y al aumento del trabajo administrativo de los médicos. Estos resultados son similares a los encontrados por diversos estudios sobre acceso desde la perspectiva de los profesionales de organizaciones de *managed care* en EEUU<sup>158</sup>.

En Colombia, un estudio señala a partir del análisis de la Encuesta de Demografía y Salud, un aumento de la importancia de la mala calidad de los servicios como razón para no acudir al médico ante una enfermedad<sup>118</sup>. Aunque algunos de los atributos de calidad a los que se refieren en este estudio – muchos trámites, rechazo de la atención, etc.- podrían estar más relacionados con barreras al acceso que imponen las aseguradoras, que con la mala calidad de la provisión.

## 7. Las barreras relacionadas con las condiciones socioeconómicas de la población

El último grupo factores que dificulta el acceso a los servicios de salud se refiere a algunas características socioeconómicas de la población. El bajo nivel de ingresos económicos, y el limitado apoyo familiar son las barreras que aparecen con mayor intensidad en el discurso de los informantes.

### **La barrera económica**

La baja capacidad económica de los pacientes es señalada por usuarios y profesionales como una dificultad para hacer frente, por un lado al copago de la población asegurada, principalmente al régimen subsidiado, y el pago a los servicios de los no asegurados; y por otro lado, el coste del desplazamiento, en todos los casos analizados.

Estos resultados son coherentes con la información procedente de la Encuesta de Calidad de Vida del 2003 que indican que el 56,9% de los individuos no asegurados enfermos no habían utilizado los servicios de salud por falta de dinero. Este porcentaje para la población asegurada al régimen subsidiado es del 29,5%<sup>115</sup>.

Llama la atención que la dificultad económica en el acceso emerja también en el seguro contributivo con cobertura de servicios más elevada que el seguro subsidiado. Aunque los datos de la Encuesta de Calidad y Vida (ECV) también muestran que un porcentaje significativo de población afiliada al régimen contributivo que no ha acudido a los servicios – el 10,6%-, lo ha hecho por falta de dinero<sup>115</sup>. Los resultados de este estudio señalan que la barrera económica se asocia más al coste de transporte tanto para realizar los trámites como para recibir la atención, derivados de la inaccesibilidad geográfica de los servicios y las autorizaciones que exigen las aseguradoras, que al copago de los servicios. En cualquier caso, la presencia de barreras económicas en el acceso es un indicador de que la afiliación al seguro de salud no es garantía de acceso a los servicios de salud.

### **Las barreras sociales**

La falta de apoyo familiar a los pacientes por diferentes motivos – carga laboral y familiar, etc. –, emerge en el discurso de usuarios y profesionales como obstaculizador del desplazamiento hasta los servicios de atención especializada en las redes con dificultades de acceso geográfico. Este factor resulta especialmente relevante para la población mayor dependiente. Diversos estudios en países en desarrollo también asocian la falta de apoyo familiar con una menor utilización de los servicios<sup>193</sup>. En Colombia, la falta de tiempo aparece como una de las causas más frecuentes para no acudir a los servicios de salud entre los afiliados al régimen contributivo que presentan

un problema de salud (un 17,5% -segunda causa más frecuente), y al régimen subsidiado (un 15% -tercera causa más frecuente)<sup>123</sup>.

En el caso de las usuarias entrevistadas también emerge la carga familiar como obstáculo para el acceso a la atención propia o de sus familiares, así como la rigidez laboral – permisos, etc.- en el de la población económicamente activa. La búsqueda y utilización de servicios es una actividad que requiere disponibilidad de tiempo<sup>188;194</sup>. De hecho, el tiempo que invierte un individuo en la atención se puede considerar como un coste de oportunidad (tiempo que no dedica a otras actividades, por ejemplo al trabajo)<sup>188;194</sup>. Este tipo de costes, que algunos autores denominan costes sociales de la atención<sup>89</sup>, es mayor para aquella población con menos tiempo disponible<sup>188;192</sup>.

La mayoría de los autores consideran en el cálculo de este coste el tiempo que dedica el paciente a ser atendido<sup>188;194</sup>. No obstante, en este estudio emergen de forma más importante el tiempo que los individuos deben invertir antes de recibir esta atención en forma de desplazamiento, trámites, etc. Esto viene motivado por diversos factores como la inaccesibilidad geográfica de las redes, la solicitud presencial de las citas médicas y las autorizaciones de las aseguradoras o los trámites para resolver problemas en el aseguramiento.

## **8. El desconocimiento de los usuarios sobre el funcionamiento del sistema de salud como barrera de acceso a los servicios**

La mayoría de los usuarios en ambos seguros muestran poco conocimiento sobre las prestaciones a las que tienen derecho y una vaga idea sobre los servicios que incluyen las redes. Destaca el desconocimiento de derechos elementales como a asegurarse si tienen el carné del SISBEN, así como la confusión en torno a elementos básicos del sistema de salud como la diferencia entre SISBEN y seguro subsidiado o entre aseguradora y proveedor de servicios. También emerge de forma importante el desconocimiento en relación a los trámites para acceder a la atención en ambos seguros y áreas: autorizaciones, problemas durante la afiliación, etc.

El desconocimiento de los usuarios tiene consecuencias directas en el acceso a los servicios: los individuos no pueden utilizar los servicios o se retrasa su atención al desconocer los trámites de acceso. E indirectas. Probablemente, tal y como mencionan algunos informantes, las aseguradoras y prestadores se aprovechan de la “indefensión” que provoca la falta de información para poner más dificultades en la utilización de servicios, cobrar servicios o no asegurar a los que tienen derecho.

El conocimiento de los usuarios sobre el sistema de salud se suele basar principalmente en su propia experiencia, familiares, y otras personas de su entorno<sup>195</sup>. Dado el nivel de complejidad del sistema de salud colombiano – múltiples actores, normas que regulan el acceso, trámites, etc. – resulta previsible encontrar un nivel de conocimiento bajo entre la población.

El conocimiento limitado acerca del funcionamiento del sistema de salud también aparece como barrera al acceso y utilización inadecuada de los servicios en otros estudios en países en desarrollo<sup>188</sup>. No obstante, el conocimiento limitado, no debe confundirse con un comportamiento pasivo o irracional por parte de los individuos en el proceso de búsqueda de atención. Existe evidencia en países en desarrollo que demuestra que en general los pacientes buscan activamente atención en el proveedor y servicio más adecuado dada la información disponible para una enfermedad particular<sup>196</sup>. Los problemas relacionados con el desconocimiento de la población se deben atribuir en mayor medida a otras barreras del sistema como una oferta de servicios insuficiente, poco accesible geográficamente y con baja capacidad resolutive, o al comportamiento de aseguradoras y prestadores que vulneran el derecho a la atención en salud de la población.

## **9. Estrategias para mejorar el acceso**

Las estrategias que proponen los informantes para mejorar el acceso de la población a la atención a la salud son coherentes con las dificultades identificadas. Aunque se observan variaciones entre seguros, áreas, y sobre todo entre informantes, en general se relacionan con los cuatro grandes ámbitos descritos para las barreras: políticas de salud, aseguradoras, red de servicios y población.

### **Ámbito de las políticas de salud**

Las estrategias relacionadas con este ámbito sólo emergen en el discurso de los actores del seguro subsidiado. La universalización del seguro subsidiado y la ampliación del paquete de beneficios hasta equiparlo con el del seguro contributivo, se propone de forma unánime en ambas áreas. Esta propuesta equivaldría a crear un seguro de salud de carácter universal.

No obstante, el modelo que se plantea para gestionar el seguro de salud difiere entre categorías de informantes. Los críticos del modelo - proveedores públicos - proponen la eliminación de las aseguradoras privadas, y la gestión del aseguramiento por parte de las secretarías municipales o los departamentos, que actuarían como aseguradoras públicas únicas de la población residente en el municipio. Los defensores del modelo de competencia gestionada - gestores de ARS y de IPS privadas- proponen la continuidad del modelo con más participación del sector privado en la provisión.

Esta división de opiniones sobre el modelo de competencia refleja un debate ideológico en torno al modelo organizativo del sistema público de salud y la participación del sector privado. En este sentido, las opiniones contrarias al modelo de competencia gestionada vienen apoyadas por estudios teóricos<sup>42;43</sup> y empíricos<sup>46;47</sup> que apuntan elementos que aumentan la ineficiencia y la inequidad de acceso, como los elevados costes de transacción, la selección de riesgos, incentivos a producir menos servicios y de menos calidad, etc. ampliamente comentados en la introducción.

### **Ámbito de las aseguradoras**

En la mayoría de casos analizados, usuarios y profesionales de los servicios principalmente, proponen estrategias relacionadas con los trámites para la obtención de los servicios que fijan las aseguradoras. O bien su eliminación, o la simplificación y agilización de las mismas. En la red urbana del seguro subsidiado se propone que la aseguradora utilice el pago por episodio en lugar de la cápita para remunerar los servicios.

La eliminación de las autorizaciones contribuiría a reducir el tiempo de espera de la atención y evitaría desplazamientos innecesarios a la población que reside en áreas alejadas. En cuanto al uso del pago por episodio en el ámbito hospitalario, en lugar de la cápita, incentivaría al aumento de la actividad (visitas al especialista, ingresos hospitalarios, etc.), lo cual podría mejorar la eficiencia técnica y el acceso en contextos con baja productividad<sup>197</sup>. Ambas propuestas, no obstante, parecen contrarias a los objetivos de las aseguradoras de utilizar algún mecanismo para controlar la utilización de los servicios, especialmente en aquellas redes no integradas en las que es muy complejo establecer límites a la práctica clínica – a través de protocolos, la atención primaria como filtro, etc.-.

### **Ámbito de la red de servicios**

En el ámbito de los servicios, destacan las diferencias entre las estrategias sugeridas por gestores y profesionales de la salud centradas en la infraestructura de servicios, y las recomendaciones de usuarios y profesionales orientadas a introducir cambios organizativos para mejorar la asignación de citas y el tiempo de espera de la atención.

Otra diferencia fundamental se aprecia en las propuestas para resolver la insuficiencia de oferta especializada en el régimen subsidiado por parte del colectivo de prestadores y aseguradoras. Mientras que los prestadores públicos proponen reforzar la red pública y fortalecer la atención primaria, los informantes de IPS privadas y administradoras señalan a la red privada como alternativa, flexibilizando los límites legales a la contratación de entidades privadas por parte de las ARS. No obstante, esta propuesta no considera los graves problemas de acceso geográfico por la inexistencia de red privada en zonas de nivel socioeconómico bajo<sup>41</sup>.

Un aspecto a destacar es la consideración por parte de profesionales, principalmente de la atención especializada, de la necesidad de fortalecer la atención primaria para disminuir la demanda de atención especializada. Los informantes proponen mejorar su capacidad resolutoria incorporando médicos especializados en medicina familiar, ampliando las pruebas diagnósticas a las que tienen acceso e incentivando económicamente la actividad de atención primaria. Estas estrategias se encuentran alejadas del modelo de atención primaria existente en Colombia – médicos recién

licenciados en el primer nivel asistencial, legislación restrictiva en relación a las pruebas que pueden solicitar, y mecanismos de pagos que no incentivan a aumentar su capacidad resolutive.

En el régimen contributivo, las propuestas por parte de gestores y profesionales para hacer frente al déficit de oferta se centran en la inversión en servicios por parte de la propia aseguradora. No obstante, dado que la integración entre financiación y provisión está limitado por ley<sup>69</sup>, la contratación en determinadas áreas con la red pública existente en el área podría ser una solución más eficiente.

Una de las estrategias que se formulan para mejorar el acceso geográfico en aquellos casos con dificultades – área rural y seguro contributivo del área urbana- es la creación de redes de servicios de ámbito geográfico. Las redes geográficas de servicios, también denominadas “regionalización de los servicios”, “distritos de salud” o “redes integradas de servicios de salud”, han sido promovidas con esta finalidad desde la década de los ochenta principalmente en sistemas públicos de salud<sup>91</sup>. En modelos de competencia gestionada como el colombiano, se presentan diversos elementos contrarios a los requisitos para su implementación<sup>198</sup>. En primer lugar, se requiere la colaboración entre los hospitales que forman parte de la red y que no exista solapamiento entre los niveles asistenciales (principio de especificidad). Este requisito es contrario a los principios del modelo actual que promueve la competencia entre servicios y establece límites a la integración<sup>69</sup>. La competencia ha conducido al “desdibujamiento” de los niveles asistenciales de forma que los hospitales de primer nivel y mediana complejidad tienen incentivos a realizar determinadas actividades mejor remuneradas que corresponderían a niveles superiores, o a no realizar actividades propias de su nivel, menos rentables.

En segundo lugar, la regionalización requiere la disponibilidad de los servicios adecuados a lo largo del continuo asistencial y que esta sea accesible geográficamente (ya sea propia o contratada). Dada la dispersión geográfica de la población afiliada con la que cuentan las múltiples aseguradoras, la implementación de redes de ámbito geográfico resultaría muy costosa de habilitar. Además, tanto las aseguradoras como los proveedores, tal y como reflejan los resultados del estudio tienen poco interés en establecerse en áreas rurales o con nivel socioeconómico bajo.

En tercer lugar, el paciente debe ser atendido en el lugar más apropiado para resolver su problema de salud. Para ello el acceso a lo largo del continuo asistencial debe ser adecuado. Los resultados de este estudio, sin embargo, muestran numerosas barreras financieras, ecológicas, estructurales y organizativas que dificultan el flujo del paciente a lo largo de los servicios de las redes analizadas.

Finalmente, el establecimiento de redes implica delimitar una puerta de entrada a la red, contrario a los principios de libre elección del modelo<sup>8</sup>, tal y como reconocen algunos de los informantes.

### **Ámbito de la población**

En el ámbito de las estrategias dirigidas a la población, el fortalecimiento de la información sobre derechos, trámites y utilización adecuada de los servicios fue la intervención que emergió con más intensidad en ambas áreas. No obstante, tal y como se ha discutido en apartados anteriores, debido a la complejidad del modelo (normas, trámites, etc. que cambian constantemente) resulta muy poco probable que mediante campañas informativas mejore la comprensión del mismo. Además, muchos de los problemas detectados como la vulneración de derechos como el de estar asegurado o recibir la atención adecuada se relacionan con los intereses de las entidades (búsqueda de la sostenibilidad económica, incentivos a controlar la utilización, producir menos servicios o de menor calidad), el funcionamiento incorrecto del sistema (bases de datos desactualizadas, etc.) o la debilidad de la función rectora, más que con la falta de información de la población.



---

A pesar de que el modelo de competencia gestionada introducido en Colombia con la Ley 100 tiene como objetivo mejorar el acceso a los servicios de salud, los resultados del estudio reflejan que el acceso de la población a lo largo del continuo asistencial es complejo y poco adecuado, con independencia del tipo de aseguramiento y área. Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, aunque también se detectan graves problemas para acceder a la atención primaria por parte de los asegurados al régimen contributivo del área urbana.

Aunque muchas de las dificultades en el acceso a la atención emergen en ambos regímenes y áreas, se aprecian diferencias notables. En el régimen subsidiado destacan los obstáculos ligados a la falta de cobertura de atención especializada para eventos no catastróficos, y por tanto, mayor copago. En el régimen contributivo emergen con más intensidad barreras estructurales de la red de servicios de la aseguradora. En cuanto a los no afiliados, las barreras financieras son mayores que las de los no asegurados, pero si logran superarlas su acceso es más fluido por la inexistencia de las barreras relacionadas con la intermediación.

En el área urbana emergen con fuerza barreras relacionadas con el funcionamiento de un mercado con múltiples aseguradoras y proveedores, y en la rural aparecen con más intensidad las dificultades relacionadas con el acceso geográfico, y con la insuficiencia de recursos.

El aseguramiento en Colombia falla como facilitador del acceso a los servicios de salud no sólo por los problemas para extender la afiliación a toda la población, sino por el bajo nivel de cobertura de prestaciones del seguro subsidiado y la discontinuidad en el aseguramiento. Se detectan problemas comunes en seguros públicos no universales subsidiados de tipo focalizado como la selección errónea de los beneficiarios; así como las dificultades características de los seguros sociales en la extensión de los derechos de los trabajadores asalariados a los empleados en la economía informal e independientes, empeorados por los desincentivos de las aseguradoras privadas a afiliarse este segmento

de la población. También emerge la pérdida de cobertura en el aseguramiento por problemas de doble afiliación que lleva a concluir que el seguro de salud segmentado – contributivo y subsidiado-, no es adecuado para un tipo de mercado laboral con una alta movilidad de la población entre la economía formal e informal.

El pago de servicios, para los no asegurados, y el copago para los afiliados al seguro subsidiado emerge como una de las barreras más importantes al acceso, como consecuencia de las dificultades en la afiliación a un seguro de salud y de la baja cobertura de prestaciones del POS.

Entre los obstáculos ligados a los principios del modelo de competencia gestionada destacan, en primer lugar, la introducción de una nueva figura en el sistema - el intermediario o gestor del aseguramiento – con funciones de articulación entre la financiación y provisión que influyen directamente en el acceso de la población; y en segundo lugar, la búsqueda de sostenibilidad económica por parte de los proveedores públicos que conlleva la selección, y en ocasiones el rechazo de la atención de los pacientes. Se aprecia una diferencia fundamental entre el sistema de salud colombiano, y otros sistemas de salud públicos de la región - incluso aquellos que han adoptado modelos de competencia gestionada como el chileno y el argentino – en los que el sector público acaba atendiendo a aquellos asegurados con problemas en el acceso a sus seguros.

Las aseguradoras deciden sobre aspectos que tienen consecuencias para el acceso a los servicios como la amplitud de la red de proveedores a lo largo del continuo asistencial y su accesibilidad geográfica, el mecanismo para remunerar al proveedor que introduce incentivos poderosos en la forma con la que se ofrecen los servicios, o la autorización de la prestación de un servicio. En las redes analizadas en las que se integra el aseguramiento y la provisión, el poder de influencia de las aseguradoras es aún más elevado mediante el control directo de la práctica clínica. A través de la compra de servicios y los mecanismos de control de atención se puede mejorar la accesibilidad y eficiencia de la atención, pero su uso por parte de entidades con ánimo de lucro, en entornos de baja productividad de los servicios, puede tener el efecto opuesto.

Los dos tipos de barreras relacionadas con la estructura de los servicios que emergen con más intensidad son la escasez de oferta tanto en especialidades básicas como de alta tecnología en ambos seguros, y los problemas de accesibilidad geográfica en el área rural y en la red contributiva del área urbana. Entre las causas de estas barreras destacan elementos del modelo como los elevados costes de transacción que detraen recursos de la provisión, incentivos inadecuados y fallos en la regulación del sistema.

El tiempo de espera de los servicios especializados, principalmente de la atención urgente, es la dificultad organizativa más relevante en ambos seguros y áreas. Se relacionan con la insuficiencia de oferta y con el retraso que ocasionan las autorizaciones de las aseguradoras. En el régimen subsidiado emerge, además, la solicitud presencial de las citas médicas y la mala calidad asistencial que desincentivan a los pacientes a la búsqueda de atención o a continuar con el proceso de derivación al nivel especializado.

Los factores poblacionales que dificultan el acceso en ambos seguros se refieren al bajo nivel de ingresos económicos de la población y las dificultades en el apoyo familiar que agravan el efecto de los obstáculos ecológicos, financieros y organizativos.

Como consecuencia de los obstáculos identificados, la búsqueda y obtención de atención, especialmente en el tránsito entre la atención primaria y especializada se convierte en un proceso complejo en el que con frecuencia se producen retrasos en la atención del problema, genera un coste en tiempo y desplazamiento elevado, y en el que a veces se niega la asistencia. Con frecuencia el paciente acaba frustrado y abandona la búsqueda de atención especializada, por lo que los usuarios quedan confinados en unos primeros niveles de atención poco resolutivos, y no reciben la prestación adecuada a sus necesidades.

Entre las estrategias para mejorar el acceso al continuo de servicios propuestas por los informantes destacan, en el ámbito macro, la universalización del seguro subsidiado y la ampliación del paquete de beneficios, observándose diferencias de opiniones en relación al modelo organizativo. Los defensores de la competencia gestionada – gestores de ARS e IPS privadas- sugieren profundizar en el modelo dando más participación al sector

privado, y los críticos –proveedores públicos- eliminar las aseguradoras y crear un seguro único público.

En el ámbito micro, se propone la conformación de redes de servicios de ámbito geográfico tanto en el seguro contributivo como en el subsidiado. No obstante, la presencia de elementos como la competencia en la provisión que desincentiva la colaboración, o la dispersión de la población afiliada que vuelven ineficiente la creación de múltiples redes geográficas, hacen inviable la aplicación de esta estrategia.

El modelo de competencia gestionada fue concebido como una alternativa intermedia entre el modelo de salud público integrado caracterizado por el monopolio del sector público y una cadena de mando y control autoritaria, y el modelo de salud privado atomizado con ausencia de reglas del juego transparente para corregir los fallos del mercado. Los resultados del estudio muestran, no obstante, el débil papel de la función rectora en el sistema de salud colombiano.

A pesar de que el gobierno ha expedido numerosas normas sanitarias para corregir los fallos de mercado, el ente rector es incapaz de garantizar aspectos básicos como que las aseguradoras tanto del régimen subsidiado como contributivo ofrezcan a sus afiliados redes con todos los niveles de atención necesarios. Lo cual es especialmente preocupante cuando se producen problemas de acceso a los servicios de atención primaria como los detectados en el seguro contributivo.

Además, se producen fallos fundamentales en los instrumentos del ente rector que dificultan el acceso como sistemas de información con errores que permanecen en el tiempo, trámites complejos y costosos y déficit de información sobre los mismos a los asegurados. En ausencia del ejercicio de esta función por parte del ente gubernamental, las aseguradoras y proveedores son los que deciden finalmente sobre las condiciones de acceso de la población.

La presente investigación ha permitido descubrir nuevos factores que influyen el acceso a los servicios de salud que muchos de los estudios cuantitativos realizados hasta el momento en Colombia no habían tenido en cuenta. También ayuda a interpretar algunos resultados obtenidos a partir de las encuestas como la presencia de barreras económicas

y geográficas en el régimen contributivo, o la importancia creciente de la mala calidad de la atención como causa para no usar los servicios, que exigen una distinción entre las barreras relacionadas con las aseguradoras y la de los servicios en posteriores encuestas. Esto muestra cómo el análisis cualitativo y cuantitativo se puede complementar, el primero permitiendo descubrir e interpretar factores que influyen en el acceso, y el segundo cuantificándolos.

Como conclusión final, los resultados de la presente investigación cuestionan la introducción de modelos de competencia gestionada en un país en desarrollo en el cual resulta extraordinariamente complejo adoptar un esquema de regulación para corregir los fallos del mercado. Aunque no se puede atribuir a este modelo el origen de todos los problemas de acceso en salud, sí que contribuye a empeorar las barreras ligadas a las insuficiencias estructurales y organizativas de los servicios, y a las condiciones socioeconómicas de la población, así como suscitar otras nuevas que no se encuentran en modelos públicos en los que no se introduce la competencia.



Una investigación sobre sistemas de salud debe contribuir no sólo a generar conocimiento científico sobre un fenómeno, sino aportar recomendaciones para el desarrollo de políticas que promuevan la mejora de la equidad y eficiencia del sistema. A continuación se realizan algunas sugerencias para la mejora del acceso en el sistema de salud colombiano.

Las reformas parciales introducidas hasta el momento al modelo de competencia gestionada en Colombia<sup>69</sup> se han centrado en el fortalecimiento de los mecanismos de regulación del mercado y en limitar la integración del aseguramiento y la provisión. Estas medidas suponen continuar confiando en la competencia como mecanismo para mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud público y se basan en la presunción de que mejorando la regulación del mercado, se solucionarán los fallos y problemas de eficiencia y acceso detectados. No obstante, la regulación del mercado en el entorno sanitario resulta muy complicada además de costosa, con lo cual proponemos ir más allá y plantear una reforma integral buscando implantar otros tipos de modelos organizativos que no estén basados en la competencia.

Los sistemas nacionales de salud y los seguros sociales basados en un modelo de aseguradora pública única, que mantiene la administración pública de los fondos, son más equitativos y fáciles de administrar y regular, y además obtienen mejores o iguales en los principales indicadores demográficos<sup>199</sup>. En sistemas de salud segmentados como el colombiano, la implantación de estos modelos requiere la coordinación de los distintos subsistemas de salud con función pública e integrar progresivamente la financiación de los diferentes subsistemas para ir construyendo redes que permitan avanzar hacia un sistema nacional de salud<sup>199</sup>. Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la equidad geográfica en la distribución de los recursos se puede mantener la separación de funciones de financiación y provisión, y desconcentrar la compra a organismos públicos territoriales de ámbito departamental.

### **- Integración de la financiación y aseguramiento público**

Los fondos que actualmente se recaudan para financiar el régimen contributivo, subsidiado y vinculados se reunirían en una caja única, con la cual se financiaría la atención a la salud de toda la población. La caja única y la ampliación de la cobertura a toda la población implicarían el aseguramiento único y universal. Todos los ciudadanos tendrían derecho a recibir las prestaciones contempladas en el POS.

La ampliación de la cobertura del aseguramiento supone el reto de extender los derechos de los trabajadores formales a los empleados en la economía informal e independiente y sus familiares. La sustitución de un modelo con múltiples aseguradoras y redes por un modelo de aseguramiento único supondría la racionalización de la oferta de servicios, la disminución de los costes de administración y el aprovechamiento de las economías de escala en los servicios. La mejora en la eficiencia permitiría liberar recursos para financiar en gran medida la ampliación de la cobertura sin disminuir la calidad de los servicios a aquellos que actualmente están asegurados en el régimen contributivo. Por otro lado, la creación de una caja única que reúna todas las contribuciones obligatorias para salud redistribuirá los riesgos y permitirá que los individuos con más renta financien a los de menos y los más sanos a los más enfermos. El desafío de la universalización del aseguramiento no parece imposible si se compara el nivel de gasto de salud en Colombia (7,6% del PIB en el 2003) con el de otros países que han conseguido universalizar el aseguramiento como Costa Rica (7,3% del PIB en el 2003)<sup>200</sup>.

No obstante, es necesario adoptar también otras estrategias con el fin de incrementar la financiación pública del sistema de salud como implementar acciones encaminadas a la creación de empleo asalariado, reformas fiscales para la redistribución de la renta de forma que los que más capacidad de renta tengan contribuyan más que proporcionalmente a financiar el sistema, y excluir de la financiación pública fármacos, tratamientos y tecnologías poco eficaces.

**- Separación de funciones y la desconcentración de la compra a organismos públicos territoriales.**

Se sugiere adoptar un modelo organizativo basado en la separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios. Para ello se crearían organismos públicos territoriales (por ejemplo de ámbito departamental) que recibirán los fondos públicos en función de las necesidades relativas en salud de su población, y se encargarían de la compra y evaluación de servicios. Además se establecería una red de proveedores de utilización pública que integraría los proveedores públicos (ESE) y privados sin ánimo de lucro debidamente acreditados. El mecanismo de pago para remunerar los servicios de salud que utilice el comprador debe ser transparente, objetivo, fomentar la eficiencia y productividad y garantizar la suficiencia económica de los servicios.

**- Creación de redes integradas de servicios de salud de ámbito geográfico**

Con el objetivo de disminuir los obstáculos de acceso geográfico, y mejorar la eficiencia y continuidad asistencial se sugiere avanzar en la integración asistencial mediante la creación de redes de servicios de salud que provean atención de forma coordinada a lo largo del continuo de servicios de salud para una población definida geográficamente<sup>201</sup>. La atención primaria actuaría como puerta de entrada al sistema. Para mejorar la coordinación asistencial a lo largo de la red se pueden implementar políticas y objetivos asistenciales globales para los proveedores que conforman la red, mecanismos de pago que incentiven la capacidad resolutoria de la atención primaria y mecanismos de colaboración y coordinación entre niveles asistenciales – guías de práctica clínica integrada, sistemas de información integrados, etc.



1. WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Geneva: WHO; 1996.
2. World Health Organization. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71:83-96.
4. Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy and Planning*. 2001; 16(Suppl 2):44-51.
5. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1988; 13(2):305-21.
6. Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman S, Reindhart U, editors. *Strategic Choices for a changing Health care System*. Chicago: 1996.
7. Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(4):1-12.
8. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona; 1999.
9. Vargas I, Vazquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Caderno Saúde Pública*. 2002; 18(4):927-37.
10. WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
11. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):122-30.
12. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(4):991-1001.
13. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, de Taborda M. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2000; 2(3):193-220.
14. Rodríguez-Monguió R, Infante A. Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. *Health Policy*. 2004; 68:129-42.
15. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974; 9(3):208-20.

16. Penchansky R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; XIX(2):127-40.
17. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*. 1985;438-53.
18. Institute of Medicine. *Access to Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academic Press; 1993.
19. Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Service Research*. 1998; 33(3):625-52.
20. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J., Rodríguez S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*. 2003; 4.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart*. 1996; 44(2):166-206.
22. Consorci Hospitalari de Catalunya, Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Universidad del Rosario, Universidade de Pernambuco. *Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health care Networks (IHN) in Colombia and Brazil*. Brussels: EC. FP7- Health-2007-B; 2009.
23. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1):54-62.
24. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(4):905-25.
25. Solimano A. Hacia nuevas políticas sociales en América Latina: crecimiento, clases medias y derechos sociales. *Revista de la Cepal*. 2005; 87:45-60.
26. Zwi A, Mills A. Health policy in less developed countries: past trends and future directions. *Journal of International Development*. 1995; 7(3):299-328.
27. World Bank. *Better Health in Africa. Experience and lessons learned*. Washington: 1994.
28. Banco Mundial. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Economía de la Salud - Perspectivas para la América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud; 1989. p. 145-59.
29. World Bank. *Investing in health. World Development Report 1993*. Oxford: Oxford University Press; 1993.

30. Muntaner C, Guerra R, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *International Journal of Health Services*. 2006; 36(4):803-11.
31. Street A. Purchaser/provider separation and managed competition: reform options for Australia's health system. *Australian Journal of Public Health*. 1994; 18(4):369-79.
32. Medici AC, Londoño JL, Coelo O, Saxenian H. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. *Innovations in health care financing*. Washington: World Bank; 1997. p. 215-33.
33. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71:83-96.
34. República Dominicana. Ley No 87-01 sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo: 2001.
35. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards and innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997; 41:1-36.
36. Jané E, Vazquez ML, Lizana T. Sistemas de salud. Desarrollo, concepto, objetivos, funciones y agentes. Módulo 3: Los sistemas de salud y sus políticas. Máster en gestión de centros y servicios de salud. Barcelona: Escuela Virtual de Salud. Universidad de Barcelona; 2002.
37. Van de Ven WP, Schut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine*. 1994; 39(10):1405-12.
38. Vazquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública*. 2005; 79(6).
39. Miller RH, Luft HS. HMO Plan Performance Update: An Analysis Of The Literature, 1997-2001. *Health Aff*. 2002; 21(4):63-86.
40. Chernichovsky D. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *Milbank Quarterly*. 1995; 73:339-72.
41. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy and Planning*. 1994; 9(3):237-51.
42. Smith PC, Preker AS, Light D, Richard S. Role of markets and competition. Purchasing to improve health system performance. Maidenhead,UK.: Open University Press; 2005.
43. Puig-Junoy J. Managing risk selection incentives in health sector reforms. *International Journal of Health Planning and Management*. 1999; 14:287-311.

44. Ruiz F, Acosta N, Ardila Z, Eslava J, Peñaloza E, Puente C et al. Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Bogotá: Fundación Corona-Cendex; 1999.
45. Manning WC, Leibowith A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *New England Journal of Medicine*. 1984; 310:1505-10.
46. Miller R, Luft H. HMO Plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001. *Health Affairs*. 2008; 21(4):63-86.
47. Safran DG, Wilson IB, Rogers W, Montgomery J, Chang H. Primary care quality in the medicare program. *Arch Intern Med*. 2002; 162:757-65.
48. Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, Hann M. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *Br J Gen Pract*. 2002; 52(480):545-8.
49. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries - a critical overview. *International Journal of Health Planning and Management*. 1998; 13:199-215.
50. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine*. 2001; 52:1243-53.
51. Vargas I., Vázquez ML, Mogollón AS, Unger JP, de la Corte P. Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(Suppl.1):223-9.
52. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. Chile. Washington,D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
53. OPS. Perfil de los sistemas de salud. República Dominicana. Washington,D.C.: 2007.
54. OPS. Uruguay. La salud en las Américas. Washington,D.C.: OPS; 2002. p. 588-97.
55. Aday LA, Andersen RM. Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. 19 ed. 1981. p. 4-27.
56. Restrepo JH. El seguro y el acceso a los servicios de salud. *Observatorio de la Seguridad Social*. 2005; 11:7-9.
57. Titelman D. Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
58. Rodríguez C, Tokman MR. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. Santiago de Chile: 2000.

59. Gobierno de Chile.Ministerio de Planificación.División Social. Primeros resultados de la encuesta Casen. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2004.
60. El Tiempo. Recursos para salud crecieron en los últimos 10 años, en Colombia. El Tiempo. 2007;4.
61. Woolhandler S, Himmelstein DU. The deteriorating administrative efficiency of the US health care system. *New England Journal of Medicine*. 1991; 324:1253-8.
62. Gobierno de Chile.Ministerio de salud.Subsecretaría de Salud Pública.División de Planificación Sanitaria. Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud; 2007.
63. Yepes FJ, Sánchez L.H. La reforma del sector salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada? *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 8(1-2):1-6.
64. Jaramillo-Pérez I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1):48-53.
65. Mogollón AS. Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia .Tesis de doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina. Departament de Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia i Medicina Preventiva; 2004.
66. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. Washington,D.C.: OPS; 2002.
67. Barón-Leguizamón. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003. Composición y tendencias. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007; 9(2):167-79.
68. Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2007; 25(1):82-9.
69. República de Colombia. Ley Número 1122 de 2007.
70. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2005.
71. Ministerio de Protección social.Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo Número 260 de 2004.
72. Morales LG. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
73. Rosa RM, Alberto IC. Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. *Health Policy*. 2004; 68(2):129-42.
74. Gómez LA, Tovar HC, Agudelo CA. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de salud en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2003; 5(3):243-62.

75. República de Colombia. Ley 100/1993, de diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.
76. Gobierno de Colombia. Decreto Número 806 de 1998. Afiliación al régimen SGSSS.
77. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 5261 de 1994.
78. CEPAL. La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Santiago de Chile: CEPAL; 1998.
79. Gobierno de Colombia. Decreto Número 1895 de 1994. Operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
80. Quintana S. El acceso a los servicios de salud en Colombia. Bogotá: Médicos Sin Fronteras-España; 2002.
81. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo Número 306 por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
82. Restrepo JH. El seguro y el acceso a los servicios de salud. Observatorio de la Seguridad Social. 2005; 11:3-5.
83. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing Outlook*. 2005; 53:274-80.
84. Cernadas A. Desigualdades en salud: las barreras de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público para los colectivos socialmente desfavorecidos Tesis de doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.
85. Gulzar L. Access to health care. *Journal of nursing scholarship*. 1999; 31(1, First Quarter):13-9.
86. Andersen RM. Health status indices and access to medical care. *American Journal of Public Health*. 1978; 68(5):458-63.
87. Andersen RM, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization. *Milbank Mem Fund Quart*. 1973; 51(95):1-28.
88. Gold M, Stevens B. Synopsis and priorities for future efforts. *Health Service Research*. 2008; 33(3):611-21.
89. Kroeger A. Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social Science and Medicine*. 1983; 17(3):147-61.
90. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):1-10.

91. Racher F, Vollman A. Exploring the dimensions of access to health services: implications for nursing research and practice. *Research and theory for nursing practice: an international journal*. 2002; 16(2):77-90.
92. Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1993;(9):208-22.
93. Andersen RM. Revisiting the behavioural model and acces to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour*. 1995; 36:1-10.
94. Phillips K, Morrison K, Andersen RM, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioural model of utilization. *Health Service Research*. 1998; 33(3):571-96.
95. Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care*. 1985; 23:438-60.
96. Eden J. Measuring access to care through population-based surveys: where are we now? *Health Serv Res*. 1998; 33(3):685-706.
97. Kasper JD. Asking about access: challenges for surveys in a changing healthcare environment. *Health Serv Res*. 1998; 33(3):715-39.
98. Andersen R, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res*. 1983; 18(1):49-74.
99. Morgan M, Calnan M, Manning N. *Sociological approaches to health and medicine*. London: Routledge; 1985.
100. Andersen, R. and Newman, J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. 1979.
101. Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del cuanto al por qué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex*. 1997; 39:442-50.
102. Devers K, Shortell S, Gillies R.R., Anderson DA, Mitchell J.B., Morgan KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*. 1994; 19(3):7-20.
103. DANE. Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá: DANE; 2003.
104. Velandia F, Ardón N, Cardona J, Jara MI. Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*. 2005; 8:116-48.
105. Ruíz F. El dilema colombiano en acceso y equidad en el gasto en salud. *Observatorio de la Seguridad Social*. 2005; 11:9-10.
106. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007; 9(1):26-38.

107. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Economics*. 2007; 16(1):3-18.
108. Acosta N, Durán L, Eslava J, Campuzano J. Determinants of vaccination after the Colombian health system reform. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):421-9.
109. Restrepo JH, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Revista Española de Salud Pública*. 2007; 81:657-66.
110. Ballesteros M, Gaviria M, Martínez S. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades, 2002-2003. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006; 24(1):7-17.
111. Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública*. 2006; 8:185-96.
112. Pineda G, Agudelo CA. Percepciones, actitudes y prácticas en malaria en el Amazonas Colombiano. *Revista de Salud Pública*. 2005; 7:339-48.
113. Mogollón AS, Vazquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:745-54.
114. Grupo de Economía de la Salud-GES. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
115. Restrepo JH, Zambrano A, Vélez M, Rami, Ramírez M. Health insurance as a strategy for access: streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. Bogotá: Universidad del Rosario; 2007.
116. Franco A. Salud y desarrollo: principales indicadores sobre la situación de salud. Observatorio de la Seguridad Social. 2005; 11:3-5.
117. Agudelo CA, Arévalo A, Cárdenas R, Fresnada O, Jaramillo I, Martínez P et al. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos en el régimen subsidiado. Colección la Seguridad Social en la encrucijada. Bogotá: Unibiblos; 2002.
118. Flórez C, Soto V, Acosta O, Karl C, Misas J, Forero N et al. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Fundació Corona; 2007.
119. Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2000; 2(2):1-13.

120. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo CA. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista de Salud Pública*. 2001; 3(1):13-39.
121. Acosta O. Acceso de los hogares a los principales servicios públicos y sociales y percepciones de calidad sobre estos servicios. Bogotá: Univesidad del Rosario. Facultad de Economía; 2005.
122. Gallego JM. Determinantes de la percepción subjetiva del estado de salud de los colombianos. *Observatorio de la Seguridad Social*. 2005;5-6.
123. Ramírez M, Zambrano A, Yepes FJ, Guerra J, Rivera D. Una aproximación de la salud en Colombia a partir de la encuesta de calidad de vida. 72 ed. Bogotá: Universidad del Rosario; 2005.
124. Lucumí D, Gómez LF. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Revista Española de Salud Pública*. 2004; 78(3):367-77.
125. Grupo de Economía de la Salud-GES. Condiciones de acceso a los servicios de salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
126. Ramírez M, Zambrano A, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida. Bogotá: Universidad del Rosario; 2005.
127. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo ... y la brecha de las inequidades. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*. 2002; 3(Diciembre).
128. Depoy E, Gitlin L. Introduction to research. Multiple strategies for Health and Human Services. London: Mosby; 1994.
129. Yin RK. Case study research. Design and methods. Second Edition ed. London: SAGE; 1994.
130. Stake RE. Case studies. En: Denzin NK, Lincon YS, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd. ed. 2000. p. 435-54.
131. Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
132. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Books; 2000.
133. PNUD. Bogotá, una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. Bogotá: PNUD; 2008.
134. Alcaldía Mayor de Bogotá. Recorriendo Ciudad Bolívar 2004: diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2004.

135. Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD). Módulo 3. Información Social Básica de Bogotá. Información para el Plan Local 2001. Bogotá para vivir. Todos del mismo lado. Bogotá: DAPD; 2001.
136. Dirección de Aseguramiento en Salud. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá DC. Estadísticas del Régimen Subsidiado. 2007.
137. Grupo de Economía de la Salud-GES. Oferta del seguro público de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
138. Alfredo T, García M. Descentralización de los servicios de salud. Caso: La Cumbre (Valle del Cauca). Santiago de Cali: Universidad del Valle; 1996.
139. PNUD Colombia. Sugerencias y recomendaciones del Informe de desarrollo humano para el Valle del Cauca para la formulación del Plan de desarrollo del municipio de La Cumbre. Cali (Colombia): PNUD; 2008.
140. Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
141. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Decreto 1804, Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
142. Famisanar. Nuestra Empresa. Mercado de la salud. Famisanar. 8 A.D. Disponible: <http://famisanar.thebrandinc.net/pages.php/menu/174177/id/177/content/mercado-de-la-salud/>
143. SaludCoop EPS. Historia de SaludCoop EPS. SaludCoop EPS. 2008 Disponible en: <http://www.saludcoop.coop/Organizacion%20-%20Historia.asp>
144. CaféSalud. Nuestros resultados en el Régimen Subsidiado. CaféSalud. 2008 Disponible en: <http://www.cafesalud.com.co/marcos/tour.htm>
145. Coomeva. Código del buen gobierno. Coomeva. 2008 Disponible en: <http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=24829>
146. Coomeva. Estatutos de la Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia. Coomeva. XLIV Asamblea General Ordinaria de Asociados. Acta No. 44.
147. CaféSalud. Nuestros resultados. CaféSalud. 2008 Disponible en: <http://www.cafesalud.com.co/marcos/tour.htm>
148. Mogollón AS, Vázquez ML. Técnicas cualitativas aplicadas en salud. En: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.

149. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
150. Ruiz Olabuénaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
151. Vázquez ML, Da Silva MRF. Análisis de datos cualitativos. En: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
152. Delgado ME, Vargas I. El rigor en la investigación cualitativa. En: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
153. Patton Q. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage; 1990.
154. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76(5):473-82.
155. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995; 311:109-12.
156. Andersen RM, Giachello AL, Aday LA. Access of hispanics to health care and cuts in services: a state of the art overview. *Public Health Reports*. 1986; 101(3):238-52.
157. Landon B, Zaslavsky A, Bernard S, Cioffi M, Cleary P. Comparison of performance of traditional medicare vs medicare managed care. *JAMA*. 2008; 291(14):1744-52.
158. Christianson JB. Physicians' perceptions of Managed Care: a review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2005; 62(6):635-75.
159. Mechanic D. The managed care backlash: perceptions and rhetoric in health care policy and the potential for health care reform. *The Milbank Quarterly*. 2001; 79(1):35-54.
160. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Economics*. 2007; 16(1):3-18.
161. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1):5-17.
162. Fresneda O. La focalización en el régimen subsidiado de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2003; 5:45-77.
163. Collins C. Decentralization and the need for political and critical analysis. *Health Policy and Planning*. 1989; 4(2):168-71.

164. Finot I. Descentralización en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
165. Vega R, Jara MI. Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en salud. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*. 2002; 2(Septiembre).
166. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2005.
167. Grupo de Economía de la Salud-GES. Cobertura del seguro de salud en Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social*. 2001; 1:1-11.
168. Acosta OL, Ramírez M, Carion CI. Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de Economía; 2004.
169. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama social de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
170. Acosta OL, Ramírez M, Cañón CI. La viabilidad del sistema de salud: qué dicen los estudios. Bogotá: Fundación Corona; 2005.
171. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005; 106(3):97-102.
172. Vélez-Arango A, Realpe-Delgado C, Gonzaga-Valencia J, Castro-Castro A. Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en manizales, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007; 9(2):297-307.
173. O'Meara G. Impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto de los servicios de salud en Colombia. Bogotá: CEJA; 2003.
174. Castaño R, Zambrano A. Aseguramiento para la población pobre: una herramienta de protección financiera. Bogotá: Universidad del Rosario.; 2007.
175. Alvis-Estrada, Alvis-Guzmán, de la Hoz. Gasto privado en salud de los hogares en Cartagena de Indias, 2004. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007; 9(1):1-9.
176. Russell S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health Policy and Planning*. 1996; 11(3):219-37.
177. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. *Health Policy and Planning*. 1991; 6(4):309-19.
178. Mubyazi G, Massaga J, Kamugisha M, Mubyazi J, Magogo G, Mdira K et al. User charges in public health facilities in Tanzania: effect on revenues, quality of services and people's health-seeking behaviour for malaria illnesses in Korogwe district. *Health Serv Manage Res*. 2006; 19(1):23-35.
179. Remler DK, Donelan K, Blendon RJ, Lundberg GD, Leape LL, Calkins D et al. What do managed care plans do to affect care?. Results from a survey of physicians. *Inquiry*. 1997; 34:196-204.

180. Simonet D. Patient satisfaction under managed care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008; 18(6):424-40.
181. Mercado FJ, Alcántara-Hernández A, Lizardi-Gómez A, Benítez-Morales R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Atención Primaria*. 2003; 31(1):32-8.
182. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña . *Cuadernos de gestión*. 2002; 8(4):167-79.
183. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 17-89.
184. Starfield BH. *Atención primaria*. Barcelona: Masson,S.A.; 1998.
185. Ellsbury K, Montano D, Krafft K. A survey of the attitudes of physician specialist toward capitation-based health plans with primary care gatekeepers. *QRB*. 1990; August.
186. McPake B, Yepes FJ, Lake S, Sánchez LH. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning*. 2003; 18(2):182-94.
187. Baker J, van der Gaag J. Equity in health care and health care financing: evidence from five developing countries. En: Wagstaff A, Van Doorslaer E, Rutten FF, editors. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 356-93.
188. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health services access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*. 2008; 19(2):69-79.
189. Nash D, Gilbert C. Women's access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine*. 1992; 35(4):613-7.
190. Velandia F. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*. 2001; 1(Septiembre):116-39.
191. Razzak J, Kellermann A. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80(11):900-5.
192. Duong D, Binns C, Lee A. Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam. *Social Science and Medicine*. 2004; 59:2585-95.
193. Mendoza-Sassi R, Bèria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):819-32.
194. Dixon-Woods M, Cavers D, Argarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J et al. Conducting a critical interpretative synthesis of the literature on access to

- 
- healthcare by vulnerable groups. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(35):1-17.
195. Vázquez ML, Ferreira da Silva M, Siqueira E, Kruze I, da Silva I, Leite I et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(2):579-91.
196. Leonard KL. Active patients in rural African health care: implications for welfare, policy and privatization. New York: Columbia University, Institute for Social and Economic Research and Policy; 2003.
197. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management*. 1995; 10(1):23-45.
198. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón AS, Ferreira da Silva M, de Paepe P. Integrated healthcare network in Latin America: towards a conceptual framework for analysis. *Pan American Journal of Public Health*. 2009; (in press).
199. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. *American Journal of Public Health* (in press). 2007.
200. WHO. The World Health Report 2006. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
201. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm*. 1993; 38(4):447-66.

**Aseguramiento:** es la determinación de los individuos beneficiarios de un sistema de salud, así como de las prestaciones a las que tienen derecho y las condiciones de acceso a las mismas.

**Afiliación al seguro:** consiste en la inscripción de la población a un seguro de salud.

**Administración de fondos:** consiste en la gestión de los fondos públicos – recaudados a través de cotizaciones a la seguridad social, impuestos, etc.- dedicados a la financiación del sistema de salud. También se le denomina **gestión del aseguramiento**.

**Administradora de fondos:** es la entidad que recibe fondos públicos para garantizar la prestación de un paquete, previamente determinado, de servicios de salud a una población. En este estudio se usa indistintamente como términos para designar a este tipo de entidades **aseguradoras, gestoras del aseguramiento o intermediarias**.

**Competencia gestionada (*managed competition*):** mercado de aseguramiento en salud en el que las aseguradoras están sujetas a un esquema de regulación para fortalecer el funcionamiento del mercado.

**Continuidad asistencial:** es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

**Continuo asistencial:** abarca la atención primaria, especializada, o lo que es lo mismo, la promoción y la prevención, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los tratamientos de rehabilitación.

**Copago:** son los pagos que realiza el paciente en el momento de utilizar los servicios de salud. Si el individuo está asegurado este pago se denomina copago. Si el individuo no

está asegurado, el desembolso del paciente se denomina **pago directo** o recuperación de costos.

**Corregimiento:** división territorial de un municipio

**Esquema de aseguramiento de pago por servicios (FFS):** aseguramiento tradicional en el que la aseguradora se limita a financiar la atención que recibe el asegurado a través de un pago para rembolsar los costes realizados por el paciente.

**Financiación:** consiste en la captación de los fondos necesarios para el funcionamiento del sistema de salud y su distribución a los diversos agentes mediante mecanismos de asignación.

**Hospital de I nivel:** son centros de atención primaria de salud que además de prestar los servicios básicos de salud cuentan con un servicio de hospitalización para patologías de baja complejidad, bajo la atención de médicos generales.

**Límite a la práctica clínica:** consiste en el control sobre el ejercicio médico a través de mecanismos como los límites a las derivaciones de los pacientes a otros niveles asistenciales, o la restricción en los medicamentos o pruebas complementarias que pueden solicitar.

**Mecanismos de control de la atención (*managed care*):** estrategias para gestionar la demanda de atención o utilización de servicios. Existen distintos tipos como la figura del médico que actúa como puerta de entrada del sistema, el uso de guías de práctica clínica, la revisión de prescripción, el control de las derivaciones que incluye la preautorización de determinados tratamientos y el pago capitativo. Las organizaciones que utilizan este tipo de mecanismos se les denomina organizaciones de managed care.

**Pago capitativo:** es la cantidad monetaria por persona que recibe una entidad para proporcionar servicios a la población. Equivale a poner un "precio en la cabeza del ciudadano",

**Provisión de servicios:** es la producción de servicios de salud a partir de la gestión de los recursos financieros, humanos y materiales de los que dispone el proveedor o prestador o le son asignados desde otra instancia.

**Rectoría:** es el conjunto de actividades para la dirección del sistema de salud. Incluye los siguientes componentes: el aseguramiento, la regulación, la elaboración de políticas y las relaciones intersectoriales

**Regulación:** es el establecimiento e implantación del marco legal para el sistema de salud, mediante normas de obligado cumplimiento. Entre los ámbitos más habituales de la regulación se encuentran, por ejemplo, la autorización y la acreditación de establecimientos, los registros de medicamentos y otros insumos.

**Redes integradas de servicios de salud:** redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población.

**Sistema segmentado de salud:** es un tipo de sistema de salud común en Latinoamérica que se caracteriza por la división en diversos subsistemas con financiación independiente, a los que la población se adscribe en función de sus condiciones laborales o capacidad de pago. Cada subsistema funciona de manera autárquica, sin compartir recursos con los demás.

**Vereda:** aldea

**Vinculados:** población no asegurada



## I. Ejemplos de las categorías por caso de estudio

### Régimen subsidiado

#### Caso 1. Red de servicios de salud del área urbana

##### 1. Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada

**Tabla 11-1.1. Ejemplos de la categoría de principios del modelo de competencia gestionada**

Categoría	Ejemplo
Aparición de intermediarios que buscan maximizar beneficios	<p>“Se creó una cosa que se llama la ley 100, y con esa ley 100 le dieron mucho poder a unas empresas que ganan .... ¡cantidades gigantescas de dinero a costa de la salud de los colombianos!, no? Ellas entre más, van a ganar más dinero” (profesional de salud III nivel público)</p> <p>“la ley 100 esta manejada por la cuestión económica. Estamos manejados por administradores, por auditores. Los cuales simplemente no ven mas allá de lo que es la cuestión económica, (...) de ahí para allá no les interesa nada más, si nos podemos ahorrar y si podemos glosar la cuenta por alguna punta....la glosamos la cuenta y no la pagamos...y nos lavamos las manos...entonces por eso ponen mucho complique...” (profesional de salud I nivel público)</p> <p>“La ley 100 emparedó todo, o sea en la ley 100 los administradores tienen toda la plata, los usuarios quieren esa plata y la filtran y nosotros en ese filtro coja un pedacito para que nos paguen el salario” (profesional de salud III nivel público)</p>
Búsqueda de rentabilidad económica por parte de prestadores públicos	<p>“Todo esto es digamos que eh .... es consecuencia del tipo de la implementación pues de la ley 100 que tenemos... el hecho de considerar y de manejar esto como un negocio. Entonces pues las instituciones [hospitales] para funcionar y para mantenerse se ven obligadas también a actuar como un negocio. Entonces lo que es rentable para ellos se atiende y lo que no es rentable pues no se atiende. (...) no atiende la demanda de la necesidad del paciente como tal.” (profesional de salud III nivel público).</p> <p>“empiezan a decirle a uno: “mire usted tiene que darme rentabilidad económica” aún cuando uno no le dicen de frente como puede pasar en el sector particular, a uno sí le dice de manera muy disimulada “no formule tantas cosas, no ordene tanto laboratorios, y le formula sólo estas drogas”. Es una manera de cambiarle a uno el esquema mental (...)” (gestor IPS I nivel pública).</p> <p>“[el niño] va con cargo ¿de quién? al fondo financiero distrital [Secretaría de Salud Distrital], y allá [en el hospital receptor]: “no porque el niño no está registrado, no está bien identificado”. Entonces queda uno hay veces en el limbo, ¿me entiendes? Me tocó un niño que estaba para la unidad de cuidado intensivo de Humana Vivir, la ARS no quiso hacerse cargo, me tocó pelear con todo el mundo para poderlo ubicar en una unidad de cuidado intensivo” (profesional administrativo IPS pública).</p>

## 2. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento

**Tabla 11-1.2. Ejemplos de la categoría dificultades en el proceso de afiliación**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Identificación incorrecta de beneficiarios	<i>"...hay mucha gente que no debería estar en el SISBEN(...) Porque hay mucha gente que está en ...en el SISBEN y...no sé cómo han hecho para clasificar en el SISBEN, (...) son personas que realmente, podrían fácilmente estar vinculadas al contributivo (...) y hay gente que está por fuera, muchísima gente"</i> (profesional administrativo de ARS)
Irregularidades en la expedición del carné del SISBEN	<i>"Nosotros éramos estrato 1 y nos pasaron a estrato 2 y nosotros sin tener nada, nosotros no tenemos propiedades, no tenemos nada, yo no tengo cuentas (...) y de un momento a otro, nos pasaron (...) [a la pregunta de si le habían hecho alguna encuesta] ¡Nada! A mi no, primer vez viene una joven como usted que viene a hacerme preguntas, con seguridad le digo"</i> (usuaria régimen subsidiada).
Trámites complejos y lentos para la encuesta SISBEN y afiliarse a la ARS	<i>"las personas dicen que es muy demorado... por ejemplo hay personas que la han solicitado ya desde noviembre o septiembre del año pasado (...) ya llevamos pues 7 meses de este año y no han ido a hacerle la encuesta".</i> (profesional administrativo de IPS pública) <i>"entonces, el problema ahorita es ese. Esperar a ver si vienen y le hacen la visita rápido. Y a ver si puede ya pues escoger su ARS ... y... llevarlo"</i> (usuario no asegurado) <i>"el manejo que se hace de pronto, pues es...dispendioso (...) tienen que hacer muchas filas, tienen que invertirle mucho tiempo para lograr hacer la afiliación (...) demorarse, esperar"</i> (profesional administrativo de ARS). <i>"¡si yo no hago oportunamente esa afiliación, posiblemente me va tocar esperar a otra afiliación!. Entonces es otro año!"</i> (profesional administrativo ARS)

**Tabla 11-1.3. Ejemplos de la categoría normas que puede dificultar el acceso al seguro subsidiado de los hijos de los afiliados**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Obligatoriedad de afiliar descendientes para afiliados al contributivo	<i>"No, no no he no he...no he ido a control entonces tampoco he llevado a la niña, por el problema que le digo el papá tiene Seguro Social (...) él aparece con activo en el Seguro Social entonces por obligación tiene que él afiliarla al Seguro Social, porque no me la atienden acá"</i> (usuaria no asegurada). <i>"Yo digo que cuando un padre de familia no responde totalmente con su hijo, ¿por qué le exigen a uno que esté en la IPS de él? Si él no quiere. Al igual, si él se queda sin trabajo, vuelve y uno ¡corre a buscar que el SISBEN, que esto! (...) lo ponen a uno en esas vueltas rogándole pa que lo afilie para la salud. No, síganle atendido su hijo en el SISBEN"</i> (usuaria no asegurada).
Obligatoriedad de registro de nacimiento para afiliar a la ARS de sus padres	<i>"mira yo te voy a contar un problemita que siempre he tenido (...) me llegó un paciente así, el niño no estaba registrado, tenía, era mayor de un mes, la mamá no lo había registrado, tenía todavía el certificado de nacimiento y fuera de eso la mamá tenía ARS y el niño obviamente como es menor de un año tenía..era con cargo a la ARS,¿que pasa? Que la ARS después de los treinta días no se hace cargo de los pacientes si no está registrado"</i> (profesional administrativo IPS pública). <i>"las mamás aquí primero por que son..no tienen preparación, no tienen dinero, la situación económica es muy precaria"</i> (profesional administrativo IPS pública) <i>"los papás saben que tienen que afiliarlo, porque aquí se hace un seguimiento, porque aquí se les informa, porque cuando llegan y están hospitalizados o no, significa que nacieron, se les dice que deben venir a registrarlo, yo a eso lo llamo "maltrato"</i> (profesional administrativo ARS)

**Tabla 11-1.4. Ejemplos de la categoría problemas tras la afiliación**

Categoría		Ejemplo
Error bases de datos	Doble afiliación (SISBEN/régimen subsidiado y EPS)	<p>“otro problema es que estoy viendo que como aquí la población es muy flotante en cuestiones de contratos de trabajo ¿si?, entonces hay unos que trabajan dos meses, contratos de dos meses, otros de tres meses, entonces se quedan sin trabajo y los afilian a una EPS. Y ahí quedan registrados en la base de datos, ¿me entiendes? (...). Entonces tienen que tener una carta de retiro, que se retiraron porque no están trabajando” (profesional administrativo IPS pública)</p> <p>“Saludcoop hace 4 meses pasó el reporte a la Secretaría de Salud que yo ya hacía hacía ya tanto tiempo estaba desafiliada, y ahí aparece que hace 4 meses estuve desafiliada, y yo estoy desafiliada hace más de 2 años, jeso es un tejemaneje ahí!” (usuaria no asegurada).</p> <p>“(…) él resulta a cada rato con doble afiliación y me lo sacan a cada rato lo alcanzan a atender una vez el medico y..., “no que el señor que esta fuera del sistema porqueee esta con doble afiliación que con Saludcoop, que con no sé que.” (usuaria régimen subsidiado)</p>
	Multiafilación (varias ARS)	<p>“(…) primero salí anotada en Unicajas. Ahí duré como un año, pero me retiraron porque mi madre era eraa madre comunitaria. Entonces ahí me apareció Ecoopsos. Multiafilación (...) duré siempre un tiempo suspendida por eso”</p> <p>“Cuando estaba embarazada del niño, me faltaban como, estaba en días [para el parto], me faltaban días me volvieron y me sacaron [por multiafilación], y me tocó otra vez en días y haga vueltas y todo y no alcancé a estar afiliada para él” (asegurada régimen subsidiado )</p>
Traspaso de ARS si informar		<p>“lo trasladan a uno, "que no que usted no pertenece aquí, que usted pertenece a tal parte". Sí, eso es malo porque uno esta seguro de que de que está en tal parte... y resulta que no, que cuando uno menos piensa es que no, que usted pertenece a tal parte (...) Y nosotros no sabíamos” (usuaria régimen subsidiado)</p>

**Tabla 11-1.5. Ejemplos de la categoría trámites para ser atendidos durante la doble afiliación, multiafilación y traspaso.**

Categoría	Ejemplo
Desconocidos	<p>“el usuario no sabe....no tiene idea de eso y muchos no saben muchos no saben que ahí tiene su carné de ARS y entran a trabajar, y tienen seguro y tiene que hacer un reporte diciendo que entraron a trabajar y que ahora tienen EPS para que .... no lo saben. Entonces después tienen ese problema, y ellos quedan así, no saben que hacer, no saben cómo los atienden.” (profesional administrativo de IPS pública)</p>
Complicados	<p>“Me toco ir aaa pedir una carta de retiro de Unicajas, ir a la Secretaría de salud, volverme a afiliar al SISBEN, ir a Ecoopsos y llevar la carta de retiro pá que me dieran el carné (...) Pues eso sí fue un poquito complicado porque en verdad uno embarazada y haciendo todas esas vueltas y como le toca a uno mismo, y en días y todo.” (usuaria régimen subsidiada).</p>

**Tabla 11-1.6. Ejemplos de la categoría copagos y pago a los servicios**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Copagos no asequibles para población sin recursos	<i>“Entonces ya la [ARS] dijo que ese examen no lo cubría el SISBEN. Ese examen valía ciento, ciento veinte mil pesos (...) Entonces me dieron una orden que fuera a Meissen, que a ver si allá me hacían ese examen y a ver si me hacían la operación allá. Pues la operación sí me la hacían, pero tampoco había el examen, sino un examen particular. Como no tuve la plata, quedó así porque no hubo forma, pero sí me esta molestando esa vena, ¡esas piernas se me inflaman! Ah eso es un sacrificio tremendo para caminar”</i> (usuaria régimen subsidiado)
Copagos encubiertos	<i>“tenemos el caso típico de un paciente un paciente de trauma encefálico. Nosotros no tenemos la posibilidad de toma de TAC cerebral y entonces nos dice: “se lo acepta el neurocirujano con el TAC cerebral”. (...) ese recurso, particular, perfectamente puede valer en promedio unos \$100.000. Cuando uno ve que el paciente tiene la posibilidad económica de hacerlo, de conseguirse la plata, uno envía al paciente.... se le presta el servicio de la ambulancia que lo lleva a un centro particular donde se lo hacen, se devuelve el paciente y se le toma el TAC y se manda la remisión”</i> (profesional de salud IPS I nivel pública).

### 3. Barreras relacionados con las aseguradoras (ARS)

**Tabla 11-1.7. Ejemplos de la categoría autorizaciones**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Mecanismo para controlar la demanda de servicios y seguimiento del paciente	<i>“entonces él [el paciente] tenía la libertad de ir a una IPS aquí o allá. Entonces él iba a una, el otro día iba a la otra. Entonces nos dimos cuenta que teníamos, que teníamos que tener un sistema autorizador para empezar a controlar la demanda.”</i> (gestora de ARS). <i>“cuando tu tienes que autorizar, tu dices este paciente requirió esto y esto, tu llevas un control con el sistema autorizador y le haces un seguimiento, este paciente fue allí, luego allí, allí, allá”</i> (gestora de ARS)
Mecanismo para controlar el costo	<i>“no se está evaluando la pertinencia sino simplemente la manera a ver cómo frenamos el tema de la autorización pues para no pagarlo, ¿no cierto? Y no pues no debería ser así, no debería ser así, y eso debería ser una cosa fluida”</i> (profesional de salud IPS II nivel privada) <i>“la auditoria y las personas de autorizaciones de los entes aseguradores, ... su función no debería tratar de frenar las autorizaciones como es ahora, básicamente por el tema de costos”</i> (profesional de salud IPS II nivel privada)
Lentas	<i>“Pues les demora, les demora en autorizarles, si? no sé con qué fin, pero les demoran”</i> (profesional administrativo IPS pública) <i>“Para una remisión de una hospitalización no urgente puede demorar hasta cuatro días, pero esa demora no depende del hospital...per se, depende de las autorizaciones que dan los aseguradores, es decir las ARSs y las EPSs y de la ubicación donde que ellos tengan”</i> (profesional administrativo IPS pública)
Lejanas y retrasadas en la Oficina Central de Autorizaciones	<i>“entonces para nosotros tener que ir hasta allá por con con pedir una remisión no se que... toca a uno ir por allá por aquella loma por allá hasta allá, y si no y si nos tocaba ir allá tocaba y uno por aquí coger colectivo de aquí hasta candelaria, de candelaria coger otro hasta la autopista, otro de la autopista hasta allá hasta a laa, de aquí son tres pasajes para ir a...”</i> (usuaria régimen subsidiado)
Rápidas y accesibles en la oficina local	<i>“Uuuuy antes era terrible, ahora no, ahora es suavcito porque tienen una oficina ahí cerquita (...)”</i> (usuaria régimen subsidiado)

**Tabla 11-1.8. Ejemplos de la categoría pago capitativo**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Incentivos a disminuir la cantidad de servicios prestados	<i>“ahí tiene que existir un control de los gastos bastante fuerte si no, pues no funciona ni para la ARS ni para el prestador (...) uno no puede ser exagerado en lo que se hace con el paciente. Para el primer nivel no me parecen que sean malos, porque se pueden controlar muy bien sin crearle barreras de acceso al usuario, o sea, atendiendo bien al usuario y cubriendo todas sus necesidades. Ya para los niveles hospitalarios el segundo el tercer y el cuarto, ¡ummm! es mas complicado; de pronto seria más saludable para las ARS y para las IPS manejar todo esto por evento (...)”</i> (gestora de IPS de II nivel privada)
Retrasa la admisión de los pacientes	<i>“Todo ellos tratan que sus pacientes sean atendidos en los hospitales que tienen contrato con ellos, porque les sale mas barata la atención. Digamos que llega aquí un paciente de un asegurador que no tiene contrato con nosotros, entonces ellos van a querer ubicarlo en un hospital o clínica donde sí tenga contrato con ellos pero si resulta que ese hospital o clínica esta muy ocupado y no puede todavía trasladarse para allá esa remisión ya se va a demorar ahí se puede demorar dos tres días mientras sale un paciente de allá de esa otra clínica donde ellos si tienen contrato para poder que lo acepten allá”</i> (profesional administrativo de IPS pública) <i>“el médico que me recibe el paciente da un concepto médico y el médico donde está capitado el paciente tienen otro concepto, y para uno puede ser segundo nivel y para otro puede ser tercero. Eso si se nos ha presentado con mucha frecuencia. (...)Por ejemplo, para el médico puede ser...una dificultad respiratoria crítica, por la edad del niño, ¡ para el otro no!, entonces no, pues sí tiene una dificultad respiratoria, pero no es tan crítico para...para, como para que quede en unidad de cuidados intensivos, no?!”</i> <i>“no, se puede manejar acá, ¡no!, se puede trabajar allá”, ¡no! (...)obviamente que tiene que ver con la cuestión económica ¿no?, entonces para la IPS que le va quedar el niño en UCI económicamente es mas rentable dejarlo en intermedios, entonces ellos lo presenta como UCI. Pero para la IPS a la que ya se le pagó y la que tiene que pagar allá, ellos consideran que realmente ese niño es de intermedios, que no entra en la UCI, no tiene todos los criterios para ser de UCI, entonces empiezan haber las discrepancias hasta que venga un auditor médico”</i> (profesional administrativo de ARS)
Aumenta costes de transporte	<i>“Nos pasó hace muy poquito en Candelaria que estábamos remitiendo un paciente que necesitaba una unidad de cuidado intensivo, y la ARS lo estaba remitiendo para el hospital de Girardot, cuando a nosotros nos lo habían recibido en la clínica del Country. Esa vez nos pusimos muy bravos y le dijimos a la de la ARS que a mi me importaba cinco lo que ellos dijeron, que el paciente se iba para la clínica del Country (...) ¡Cómo se les ocurre! Absurdo un niño que esta para unidad de cuidados intensivos, exponerlo a un viaje de dos horas y media en una ambulancia”</i> (gestor IPS I nivel pública).

**Tabla 11-1.9. Ejemplos de la categoría consecuencias del conflicto en la interpretación sobre las prestaciones contempladas en la cartera de servicios**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Dificulta las derivaciones urgentes, empeora el estado de salud del paciente	<i>“en la normatividad anterior, se decía que si un paciente tenía un infarto con un KILLIP II entonces sí era para unidad de cuidado intensivo, entonces sí era un evento POS [y se podía remitir a una unidad de cuidados intensivos en la red pública]. Entonces todos esos pacientes que tenían infarto o angina inestable pero que no estaban tan malitos, que estaban en KILLIP I, pasando a KILLIP II no se les estaban poniendo mucha atención. Entonces entraba uno en discordias tanto con la ARS como con la Secretaria porque el que tiene al paciente es uno, el que esta viendo deteriorable al paciente es uno. Entonces uno llama a la red pública y dice: necesito una unidad de cuidado intensivo ¿El paciente esta entubado? No. Entonces no tiene criterios. Entonces tu ves que el paciente está infartado, se te esta deteriorando que te va a terminar en una unidad de cuidado intensivo, todavía no tiene el tubo, todavía no tiene inotrópicos pero va para allá. Entonces en el papel todavía no, pero uno ve como el paciente va para allá. Entonces eso es lo complejo. Eso es lo mas complejo del sistema, todo eso, lo que es POS y lo que no es POS; y lo que es POS para unos no es POS para otros”.</i> (gestora IPS II nivel privada).

**Tabla 11-1.10. Ejemplos de la categoría entrega de medicamentos**

Categoría	Ejemplo
Restricción de prestaciones	<p>“ se le ponen a dar vueltas mediante la caducidad de la formulas, entonces le dicen: su fórmula sólo tiene tres días y no tenemos esta droga, regrese después .Y cuando regresa después ya la formula esta caducada y uno tiene que volver a reformularlo” (profesional de salud de IPS de III nivel pública)</p> <p>“y los medicamentos de la tensión, no me los cubrió, eso lo tenía que comprar (...)ahora sí me lo dan (...) No es costoso, no es costosos, yo decía “¿será que es costoso?” pro no no es costoso. .Entonces desde que cambiamos a ciudad Salud, si” (usuaria régimen subsidiado).</p>

**Tabla 11-1.11. Ejemplos de la categoría compra de servicios a los prestadores**

Categoría	Ejemplo
Contratación fragmentada	<p>“por la modalidad de contratación y (...) lo que te dije de las cápitás. Si yo soy una entidad de alta complejidad, tengo la materna en riesgo entonces me nace el bebé, la señora la tengo aquí en mi riesgo alto (...) pero resulta que el bebé me nace en riesgo bajo. Entonces yo digo: no, ya es riesgo bajo, por favor mándemelo a donde yo tengo capitado, contratado el riesgo bajo. Entonces la mamá queda en un hospital y el niño en otro” (profesional administrativo ARS).</p>

#### 4. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

**Tabla 11-1.12. Ejemplos de la categoría oferta de servicios de salud disponible**

Categoría	Ejemplo
Escasez de recursos físicos hospitalarios	<p>“Los cupos de camas hospitalarias. Bogotá tiene un déficit muy muy grande en camas hospitalarias. En ciertas especialidades muy específicas, medicina interna, remitir un paciente es terrible.” (gestor de IPS I nivel pública)</p>
Escasez estacional	<p>“entre finales de febrero y comienzos de mayo la oportunidad de camas y el ofrecimiento de camas en pediatría en los hospitales de la red distrital es nula, casi cero.” (profesional administrativo de IPS pública)</p> <p>“emergencia funcional es cuando están saturados los servicios, o sea, cuando hay mucho paciente, cuando toca dejar los pacientes en el piso, en cartones..ehh toca dejar pacientes..ehh dos pacientes en una misma camilla; hace poco estuvimos aquí nosotros en emergencia funcional; (...) nosotros aquí tenemos para pediatría... hospitalización de pediatría ocho camas y llegamos a tener veinticinco niños.” (profesional administrativo IPS pública)</p>
Escasez estructural	<p>“nunca va a ver suficientes camas es medicina interna...porque pues nuestra población...nuestra población en...de la tercera edad, ha ido aumentando y va a seguir aumentando. Ya la pirámide...de edad ya no es en punta...ya es un edificio cuadrado (...)” (profesional IPS I nivel pública)</p>
Escasez de recursos humanos	<p>“nos faltan especialistas, acá en el Tunal faltan especialistas de medicina interna y las sub-especialidades de medicina interna: faltan neumólogos, faltan reumatólogos” (profesional de salud IPS III nivel pública)</p> <p>“Es cierto que hemos tenido problemas con servicios como cirugía plástica o neurocirugía donde hay veces que hay uno, o no hay, el especialista en ningún centro del de la red adscrita de Bogotá (...). Entonces muchas veces toca tener ese paciente las 12 horas siguientes hasta buscar el día hábil siguiente para poderlo remitir” (profesional de salud IPS I nivel pública)</p>

**Tabla 11-1.13. Ejemplos de la categoría causa de la escasez de oferta disponible**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Búsqueda de rentabilidad económica de las IPS públicas	“(…) todo va administrado, ¿no?. Pero si es que uno se da cuenta... el caso que le decía de la ginecóloga que no estaba que está incapacitada, ¿cómo es posible que si esta incapacitada no haya otro, ¿ si? entonces ahí se quedaron los pacientes 15 días o 1 mes sin poder acceder al servicio porque no hay ginecóloga” (profesional administrativo IPS pública) “Porque es que también es muy difícil, que un paciente que esté hospitalizado aquí que dure un día o dure un mes le pagaran trescientos mil pesos, que eso no vale ni el TAC,... entonces era muy difícil para una institución mantener pacientes. Entonces ya eso ha venido mejorando las tarifas” (profesional de salud IPS II nivel pública)
Crecimiento poblacional del área	“Recursos, siempre van a ser insuficientes porque en esta zona de Bogotá está, eh, un alto porcentaje de la población desplazada de otros sitios” (gestor de IPS III nivel pública)
Cierre de hospitales públicos	“Hay IPS primarias que se han cerrado... ha habido fusiones de primer nivel...eh... Pablo VI y Uribe se fusionaron.... por que no eran rentables como tal” (profesional de salud de IPS II nivel pública)
Desviación de fondos públicos a la intermediación	“Cualquier plata es poquita, pero lo que sí es cierto es que la intermediación que tiene hoy el sistema está quedándose con, con buena parte del dinero que hay para atención” (gestor IPS III nivel pública)
Límite legal del 50% de contratación pública de las ARS	“a parte de todo la Secretaria dice: el 50 % de lo que ellos contratan con las ARS, el 50% de eso tiene que ir a la red pública. Cuando la red pública no tiene ni siquiera la capacidad instalada de atender ese 50%.” (gestora IPS II nivel privada)
Escasez de oferta privada en el área	“como privados hospitalarios, creo que nosotros somos los únicos que estamos en la zona de este lado, en Soacha (...)pero sigue siendo insuficiente” (gestora de IPS II nivel privada). “Inclusive publico y privado, hay muy poca oferta en cuanto a servicios de unidades de cuidado intensivo tanto neonatal como pediátrico. Sobre todo pediátrico hay muy pocas” (profesional administrativo de IPS pública)

**Tabla 11-1.14. Ejemplos de la categoría accesibilidad geográfica de la red**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Buena	“con respecto a los pacientes de Ciudad Bolívar pienso que no tienen una mala red. Ellos tienen de primer nivel 16 centros con el Hospital Vista Hermosa, tiene 3 hospitales que son El Tunjuelito, Meissen y Tunal y quedan relativamente cerca” (gestora IPS privada)
Mala	“muchas veces se les dificulta venir hasta acá y eso que es relativamente cerca; pero de aquí para allá son montañas ... lejisimos” (profesional de salud IPS II nivel pública) “Un poquito, digamos pues siempre me queda lejos para coger transporte, pero toca” (usuaria asegurada régimen subsidiado) “Pero a nivel de exámenes muchas veces el paciente necesita un examen que no lo hace esta red, que no lo hacen por acá. Entonces toca desplazarse muy lejos, pedir cita. Entonces ahí es el problema de accesibilidad” (profesional de salud de IPS II nivel pública)

**Tabla 11-1.15. Ejemplos de la categoría tiempo de espera de los servicios**

Categoría	Ejemplo
Lejanas	<p>“Las oportunidades sí están lejisimos, (...) al paciente lo ponen a dar muchas vueltas. Inclusive carecemos de médicos internistas, acá sólo somos dos; las citas están dos, tres meses” (profesional de salud IPS III nivel pública)</p> <p>“Cuando uno requiere una valoración por neumología, porque tenemos el neumólogo y queremos ver un paciente, la sola consulta se puede demorar cuatro, seis días para un paciente hospitalizado (...) hay demoras en promedios de cuatro y cinco días, en algunos casos se puede ir asta una semana, diez días” (profesional de salud IPS II nivel pública).</p>
Estrés en casos urgentes	<p>“hay veces uno no puede perder tiempo porque el tiempo va en contra de uno, porque en tres horas se le puede morir un paciente entonces, ¿qué le toca a uno hacer? meterlo por donde sea, meterlo por donde sea. O sea le toca a uno tener mucha....el mapa de donde está las unidades de cuidados intensivos o donde hay cupos, donde hay tal médico o tal especialista así...” (profesional administrativo de IPS pública)</p> <p>“Es mucho estrés el que uno gasta porque uno está haciéndose responsable de ese paciente hasta tanto lo reciban en la otra institución. Porque la gente cree que cuando lo monté en la ambulancia, el paciente se fue y yo me quité la responsabilidad. No, mi responsabilidad va hasta que lo reciben en la otra institución” (gestor IPS I nivel pública)</p>

**Tabla 11-1.16. Ejemplos de la categoría consecuencias del sistema de solicitud de citas**

Restricción del acceso a la atención especializada	<p>“Hay un día específico para cada especialidad, entonces los lunes, por ejemplo, tienen que ir a pedir la de pediatría y otras... sólo los lunes se puede ir a pedir allá, y es llegar muy temprano para que les den una ficha. Si llegan y ya no hay fichas pues le toca hasta el lunes siguiente, si? entonces saturado el servicio” (profesional administrativo de IPS pública)</p> <p>“ellos llegan y ehh....a los usuarios llegan y les dicen....en los primeros 5 días del mes se entregan...las consultas de medicina interna de ahí en adelante no se entregan citas...también se entiende porque de todas maneras en los primeros 5 días del mes se copan todo lo que sea especialidades...pero eso también es...entorpece mucho para que el usuario pueda adquirir el servicio...” (profesional de salud IPS I nivel pública)</p>
Promoción de las filas	<p>“La gente tiene que llegar a las 4, 3 de la mañana hacer fila para conseguir una ficha. Hay gente que le toca quedarse desde la noche anterior haciendo fila para conseguir un cupo, y yo creo que eso... eso es lo que básicamente es, es grave” (profesional de salud de IPS I nivel pública).</p> <p>“Pues tenaz llegar tan temprano a pedir una ficha para después hacer una fila que me imagino que de horas para que le asigne una cita” (profesional administrativo de IPS pública)</p>

**Tabla 11-1.17. Ejemplos de categoría calidad de la atención**

Tiempo de visita insuficiente	<p>“la calidad no es buena en cuanto tiempo, por ejemplo, ahora se tiene que ver un paciente en 15 min....10 min (...) El medico se convirtió en una fábrica la cual tu tienes que mirar determinado numero de pacientes, tiene usted sus 10 -15 min. Mas encima la carga administrativa que eso impone, llenar un montón de papeles para que le autoricen un examen, unas drogas, unos medicamentos. Y eso al final también recae en el paciente. Usted tiene tiempo exclusivamente de medio verlo” (profesional de salud IPS III nivel pública)</p>
Maltrato de los pacientes	<p>“hay personas que por algún motivo algunas vez fueron remitidas allá o tuvieron un control en cierto hospital y tuvieron una experiencia desagradable, ya sea o con el servicio o con el proceso de admisión del hospital o con el personal asistencial. Entonces cuando les sale nuevamente la remisión para allá son personas que entonces dejan pasar la remisión porque no, prefieren no ir a volver a tener un situación posiblemente similar a la que tuvieron (...) es eso las cosas que más limitan la accesibilidad de los pacientes a esos niveles” (profesional de salud IPS I nivel pública)</p>

## 5. Barreras relacionadas con las características de la población

**Tabla 11-1.18. Ejemplos de la categoría conocimiento de los derechos de la población subsidiada**

Poco conocimiento	<p>“Definitivamente los pacientes no consultan a donde deben consultar porque tampoco lo saben, ellos desconocen eso, la población no sabe como funciona el sistema, ¡no tienen ni idea!” (profesional de salud IPS III nivel pública)</p> <p>“Los usuarios no tienen muy buena idea de los servicios a que tienen derecho, ¿sí? Igual ellos viven de lo que dice la gente. Entonces ellos dicen es que mi amigo me dijo, o mi vecino me dijo, pero que ellos sepan realmente a qué tienen derecho, no” (profesional de salud IPS I nivel pública)</p> <p>“le dan muchas vueltas para autorizarle algo que está en el POS, ¿sí? (...) Cuando las personas saben que si es un chino, lo tienen que cubrir... si llegan allá diciendo: yo ya se que ustedes me tienen que cubrir esto (...) entonces uno no se puede poner a darle vueltas, ¿sí?” (profesional administrativo de IPS pública)</p>
Buen conocimiento	<p>“¡Sí, ellos ya tienen como muy claro! Ellos saben”, ellos saben y... de acuerdo con los talleres que se han hecho. Uno sabe que ellos lo conocen y lo, ¡y lo manejan!” (profesional administrativo de ARS)</p>

**Tabla 11-1.19. Ejemplos de la categoría causas del desconocimiento de los derechos de la población subsidiada**

Población flotante	<p>“la población de acá normalmente es una población que, eh... primero es una población flotante. Población que vive, viene y va constantemente. Porque tenemos muchos desplazados” (profesional de salud IPS I nivel pública)</p> <p>“Cuando vienen acá, ahora hay mucha gente que vive en el campo y viene acá a consulta médica. O sea viene cada mes solamente a su consulta y se van” (profesional de salud de IPS I nivel pública)</p>
Bajo nivel educativo	<p>“Hay mucha población que no sabe leer, no sabe escribir, que no tiene educación... porque vienen del campo (...). Entonces ellos por eso, es muy poquita la información que ellos tienen, umm?” (profesional de salud de IPS I nivel pública)</p>
Interés económico de las ARS en no divulgarlos	<p>“(...) dos por falta de divulgar esto, ¿cierto?, y tres porque también económicamente es un negocio. Si tu le entregas menos a un paciente, pues vas a ganar más, sobre todo las ARS” (profesional de salud de IPS III nivel pública)</p>
Desinterés de los usuarios por informarse	<p>“yo si sé que se ha hecho mucho para que la gente se informe, pero también sé, que a la gente no le interesa eso, que ellos a la hora de solicitar sus servicios, hacen lo que sea, pelean y dicen todo lo que sea para obtenerlos. (...) Entonces...primero hay desinterés por parte de ellos, sólo hasta el momento que les toca, y segundo a ellos les conviene y les interesa más saber sus derechos que sus deberes...”(profesional administrativo de ARS)</p>
Sistema de salud muy complejo y difícil de entender	<p>“ellos no conocen el sistema. Si es complejo para uno. ¡Lo que me ha costado explicarte mas o menos como funciona! (...) Ellos no entienden lo que pasa, y como uno esta tan agotado de esta complejidad del sistema a veces no les explica. Yo por ejemplo peleo mucho en urgencias porque a veces llegan la ambulancia y la mamá “¿para donde me llevan, por que me llevan?”, ¡no!, por lo menos explíquenle “ mire señora, nosotros no la podemos atender”, “pero por que al niño de ella sí y al mío, ¿no?”, “porque su niño tiene trece meses y el de ella siete”. Eso es muy difícil de entender para una mamá. ¿Cual es la diferencia entre un niño de siete años y uno de trece? Cinco meses no más. Pero ese no lo podemos atender nosotros, a este sí” (gestora de IPS II nivel privada).</p>

## 6. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

**Tabla 11-1.20. Ejemplos de la categoría estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud**

Ámbito de las políticas y modelo sistema de salud	
Unificar los POSs y la universalización del aseguramiento	<i>“Pues una de las cosas que tiende o que dice la ley 100 es que se debe unificar los dos planes obligatorios de salud, que ya se debería haber hecho desde el 2005 que cumplió los diez años. Pero no se ha podido hacer por cuestiones económicas. Esa sería una de las .... la universalidad del aseguramiento”</i> (gestora de ARS)
Administradora única por municipio o departamento	<i>“En vez de repartir la plata en tantas ARS...muchas veces he pensado que deberían fomentar ARS por ciudad...¿si me entiendes?...o por departamento...una sola entidad que se haga cargo de todo, que tenga contrato en todas partes y que...no distribuya en tantas partes...digámoslo así...en tantas ARS tantos nombres, tantas quiebras, tantos no pagos...esa sería una estrategia...”</i> (profesional de salud IPS I nivel pública) <i>“Y debería ser todo a cargo de un solo ente. Es decir, que si yo tengo 10.000 afiliados, pues yo tengo la responsabilidad independientemente de donde venga la plata de atender a esa persona en todo, ¿si? Porque es que en este régimen subsidiado empiezan a tirarse la pelota entre el asegurador que es la ARS, y las Secretarías de Salud de una manera impresionante”.</i> (profesional de salud IPS II nivel pública)
Ámbito de los servicios de salud	
Ampliar la oferta de servicios pública	<i>“de pronto mejorar la infraestructura, digamos Meissen tiene una infraestructura pequeña. De pronto mejorarla un poquito, ¿no?, Que sea más grande...que puedan entrar más pacientes. De pronto tener muchos más médicos (...) Tunal tiene muy buena infraestructura, aunque también pues se queda pequeño. Es que esta zona es muy grande. Nosotros tenemos mucha población, y entonces es muy poquito para toda la población que nosotros cubrimos”</i> (profesional de salud IPS I nivel pública)
Ampliar la contratación con la red privada	<i>“lo otro que mejora el acceso sería que la secretaria hiciera como convenios con la red privada para la prestación de sus pacientes. De esa manera la red privada no le huiría a los pacientes de la red pública, porque cuando uno saca un paciente de la Secretaria lo piensas dos veces. No lo niega porque pues, pero lo piensa uno dos veces. Y si a ti te ponen un paciente de una ARS, y uno de la red pública ¿A cual recibes? Recibes al de la ARS”</i> (gestora de IPS II nivel privada)
Fortalecer el primer nivel de atención	<i>“Yo pienso que hay que fortalecer los primeros niveles porque son los que están más cercanos a los pacientes como tal. No puede derivarse todo hacia el segundo o tercer nivel porque precisamente con la limitación física que tenemos eehh pues obviamente la posibilidad de que estas instituciones cubran toda la demanda de servicios de la población es baja. Lo que hay que hacer es fortalecer estos primeros niveles para que tengan mayor capacidad resolutive”</i> (profesional de salud IPS II nivel pública)
Cambio sistema de petición de citas	<i>“Bueno primero que todo evitar las filas; contratar más personas en facturación (...) tienen que ampliar la cobertura de profesionales ... a ver, o sea contratar más profesionales lo que hace falta, especialistas que tengan ehh...por lo menos... rico sería que nunca hubieran filas.”</i> (profesional administrativo IPS pública)
Eliminar autorizaciones de las ARS	<i>“pienso que hay algunas cosas sencillas que no necesitan que pasen por un médico o un proceso de autorización siquiera, simplemente demostrar que el paciente tiene un derecho y que no van a cambiar los costos.”</i> (profesional administrativo de ARS)
Eliminar la contratación capitativa	<i>“La otra es, ehh, definir los tipos de contratación. Si no hubiera esa contratación por cápita por ejemplo, ehh si todo fuera por evento no habría tantos problemas por eso”</i> (profesional de salud IPS II nivel privada)
Ámbito de la población	
Información y educación	<i>“la misma ARS debería entregarles un...junto con su carné y seccionado un sitio donde tienen su IPS, cuales son sus IPS de segundo nivel, cuales son sus IPS de urgencias de primer nivel, donde quedan, donde tienen que ubicarse, a donde tienen que dirigirse y un decálogo...10 derechos, 10 deberes que ellos simplemente sepan y tengan con que defenderse”</i> (profesional de salud IPS I nivel pública)

## Caso 2. Red de servicios de salud del área rural

### 1. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento

**Tabla 11-2.1. Ejemplos de la categoría dificultades en la afiliación al seguro de salud**

Utilización partidista del seguro subsidiado	<p>“uno ve mucha gente con capacidad de pago con SISBEN y eso no me parece justo (...) eso aquí lo manejan políticamente (...) esa gente quedó con SISBEN, y gente que realmente lo necesita esta es la fecha que no tiene SISBEN” (profesional administrativo de IPS pública)</p> <p>“habían unos trabajadores ahí en la alcaldía como muy... Me parecían que no querían dárnoslos. Porque después cuando esas muchachas salieron de allá, pues que cambiaron de personal, ahí vino un muchacho y ahí mismo nos salieron los carné. ¡Tan raro!, porque a mí me encuestaron como dos veces ahí (...). Ya después de eso yo iba y me decía la muchacha, que no habíamos salido en el computador, “tan raro, porque ustedes no están registrados” (usuaria no asegurada).</p>
Cobertura local del régimen subsidiado	<p>“el carné de por allá, no sirve por acá, como a nosotros nos tocó desplazarnos por la violencia. Y entonces mal, sin nada, sin trabajo, sin papeles para ir donde el médico...y ya después nos estuvieron un año molestando que nos iban a dar el SISBEN, y casi no nos lo dan. Ya por al año nos lo dieron cuando quedé en embarazo de la niña” (usuaria no asegurada).</p>
Fallos en la entrega del carné del régimen subsidiado	<p>“a nosotros nos generan la matriz de actividades para hacerles actividades a 208 personas, pero de las cuales sólo 137 tienen carné, o sea que tenemos una diferencia allí ¿sí? De 90 y pico de personas que no tienen carné y que seguramente no saben que tienen carné ¿sí? Porque la ARS no los ha entregado, nos los ha carnetizado, pero ¿por qué no los a carnetizado la ARS?” (gestor de IPS pública).</p>

**Tabla 11-2.2. Ejemplos de la categoría cobertura del POS-S**

Tutela como mecanismo de acceso a prestaciones excluidas	<p>“aquí en Colombia ha cursado la tutela. Por eso muchas veces le piden una imagen diagnóstica porque tiene algo complejo, le piden una escenografía o una resonancia magnética y usted para eso va donde la ARS y la ARS le dice no, nosotros no se la cubrimos porque no está en el POS. Pero el paciente la necesita entonces la única opción que le queda es ir poner una tutela para que un juez le diga que prima la vida de ese paciente. Entonces la ARS tiene que hacerle el examen, y se lo hace entonces” (gestor IPS I nivel pública).</p>
--	---

**Tabla 11-2.3. Ejemplos de la categoría copagos y pago a los servicios**

Limita el acceso para usuarios no asegurados	<p>“en ese caso, me mandaban varias cosas a sacar a tomar, yo les decía: “que pena, no tengo plata doctor, ¿yo qué hago? no tengo, no tengo, no tengo. Entonces me decían “compre esta mas barata”, “doctor, no tengo sino para el pasaje y si no tengo, ¿entonces qué hago?”. “Yo me aguanto”, le decía yo así. Yo no hacía todo lo que ellos me decían porque realmente no tenía plata y era la verdad” (usuaria no asegurada).</p>
Limita el acceso a asegurados para asegurados (prestaciones excluidas del POS-S)	<p>“Alguna droga bien cara no la cubre, unos exámenes bien caros tampoco no los cubre, eso toca pagarlo porque no nos cubre (...), pues uno pobre uno le queda difícil, hay veces que uno no tiene. Hay veces que uno no tiene ni para el transporte, y uno va a un hospital, “¡no!, usted tiene que pagar tal cosa”, ¿Y cómo hace uno para pagarlo? Pues le toca irse en las mismas porque uno no tiene de adónde” (usuaria régimen subsidiado)</p> <p>“sí porque mire que ella, con el problema que ella tiene de asma, ella mucho remedio no se lo cubre. Inclusive ella en la cumbre no le cubría esa que le hicieron a ella esa endoscopia y en el departamental sí le costó como \$11.000 ” (usuaria régimen subsidiado)</p>

## 2. Barreras relacionadas con las aseguradoras (ARS)

**Tabla 11-2.4. Ejemplos de la categoría autorizaciones de las ARS**

Lentas	<p>”No pues ahí eso es duro porque nosotros ese día nos fuimos, estuvimos desde las dos de la tarde hasta las 6 de la tarde y nada que llegaba [la autorización] (...) Toco volver al otro día, al otro día como a las 8:30 de la mañana ya me dieron el recibo”. (usuaria régimen subsidiado)</p> <p>“ya cuando me salía el carné, que, “¿que carné tiene?” me decían “ah! que Cafesalud”, entonces dijo “a ver, ¿y trajo la autorización?, yo dije “no”. XXX [Oficina de CaféSalud-Cumbre] no la daba que porque no podía, y ahí casi no me daban la cita, que no podían dar la cita sin la autorización de Cafesalud. “Señorita démela que en cafesalud no me la quieren dar, que porque hasta que no me den la cita aquí”. Entonces la muchacha me decía “si se la voy a dar, pero me trae la autorización dentro de 8 o 15 días (...)” (usuaria régimen subsidiado).</p>
Generan costes de desplazamiento elevados	<p>“Porque eso también está malo, porque a uno le toca voltear mucho. Y usted viera, eso eran 100\$, 150\$, y corra. Y eso se iban en nada oyó, en pasaje, en todo. Y entonces uno tampoco tiene toda esa plata para estar corra y corra, pasajes y todo eso” (usuaria régimen subsidiado)</p> <p>“No ve, mire yo quedé hasta empeñada ese día de, porque me tocó que quedarme hasta un fin de semana allá, comiendo y todo eso sin haber necesidad, porque no podía sacar mi mamá las ordenes porque estaba cerrado ese café salud” (CaféSalud-05Usua).</p>

## 3. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

**Tabla 11-2.5. Ejemplos de la categoría oferta de servicios disponible**

Escasez de camas hospitalarias de II nivel	<p>“(…) el hospital es muy pequeño para cubrir todo lo que es medicina interna, ¿si notaste? allá no hay pediatría, allá solamente hay neonatos y eso; entonces ese hospital es muy pequeño para atender toda la demanda de Cali, y el Mario Correa pues brinda apoyo pero siempre es como con la pelea, y uno es como rogando ahí, el médico arrodillado no por favor vea, recibame este pacientico no le mando más” (profesional administrativo IPS pública).</p> <p>“¿dificultades? Muchísimas mira, por ejemplo no tenemos suficientes sitios donde llevar los pacientes, no se prestan especialidades las 24 horas, a veces los hospitales son muy poquitos, y rápidamente se saturan, entonces la gente ya me dice no hay cupo, no puedo recibir más gente, mira no hay donde sentarlos, no hay donde acostar” (profesional administrativo IPS pública)</p> <p>“llegué allá como a las 7 de la noche, con una persona que me llevó de aquí, que me ayudó, una muchacha, como a las 8 de la noche me estaban atendiendo, me atendieron, y como no habían camas amanecí ahí en la sala de espera y había mucha paciente, mucha mujer embarazada, impresionante, no había camas” (usuaria no asegurada);.</p>
Escasez de camas hospitalarias de III nivel	<p>“cuando no podemos, no hay cupo [en el segundo nivel] todo se lleva para el nivel tres. El HUV, que es un hospital público. Y pues se supone que por ser público él debe cubrir toda la demanda. Algún día usted puede ir, si quiere la invitamos. Eso ahí llega gente en el corredor, la gente se muere en el corredor. Gente que necesita oxígeno y no hay balas de oxígeno. No hay como” (gestor IPS II nivel pública)</p> <p>“un paciente que necesita cuidado intensivo es un paciente que esta condenado pues a morirse, porque conseguir una unidad es difícil aquí en Cali es difícil. Y sobre todo conseguir una unidad para ciertas entidades” (gestor IPS II nivel pública)</p>
Dificultada acceso de patologías más frecuentes	<p>“(…)el acceso depende de la patología que tenga el paciente que ironía ¿no? Por ejemplo si son dolores abdominales, heridos así son muy fáciles de traer todos tienen que llegar al San Juan y el San Juan a todos los tienen que recibir ¿ya? (...) sacar a esos pacientes es muy sencillo. Pero si el paciente es un EPOC, una insuficiencia cardiaca o un infarto eso es redifícil de ubicar porque en medicina interna no hay espacio, entonces eso está, mira lo irónico. Eso es lo más difícil, que es lo que más se ve” (profesional administrativo IPS II pública).</p>

**Tabla 11-2.6. Ejemplos de la categoría dificultades en el acceso geográfico a la red**

Causas	<p>“a la Cumbre son los miércoles, los lunes que viene un señor recoge gente y los miércoles no mas y los sábados. Si yo me enfermo un miércoles, jueves, viernes, ujumm, tengo que pagar carrera, porque yo sé que pagando carrera me llevan. Pero de todas maneras si es como más difícil por el transporte” (usuaria no asegurada)</p> <p>“es difícil, es muy complicado porque tenemos que partir que nosotros estamos en una área rural, dispersa...umm donde uno no puede hablar de condiciones de difícil acceso en todo el territorio. Pero esta es una época que hace que sea una condición de difícil acceso, la época de lluvia, donde los transportes no salen, donde las carreteras se dañan” (gestor IPS I nivel).</p>
Dificultad en el acceso a la atención especializada	<p>“a la bebé, tengo un inconveniente ahora que tengo que llevarla al pediatra, porque ella en el hospital me le cogieron el ombligo y me le han dejado casi la mitad del ombligo (...) tampoco la he podido llevar, porque como le digo si yo me voy ahorita para Cali, no voy a tener para ir otra vez, ese ha sido el inconveniente” (usuaria no asegurada).</p> <p>“para la gente aquí coger dos buses es un gasto importante, en lo que cogen dos buses almuerzan los cinco en la familia, entonces ya viene la prioridad, si yo voy por esto, no almorzamos o voy a mi consulta médica, entonces ya la prioridad es el almuerzo para la familia, porque desafortunadamente estamos viviendo en un país pobre” (gestor IPS pública).</p>
Dificultad en el acceso al primer nivel de atención	<p>“es más fácil uno transportarse para Cali y no para la Cumbre (...) lo que es de lunes a sábado todos los días hay transporte para Cali, por la mañana y por la tarde (...). A la Cumbre un solo día en semana el día miércoles y el día sábado... es un solo servicio, un solo día” (usuaria régimen subsidiado).</p> <p>“pues nos da pesar, porque pues en realidad Dagua es como más el transporte, porque si usted sale acá arriba a la central, cualquier carro lo lleva a Dagua porque esa es la vía al mar, en cambio aquí uno tiene que esperar miércoles y sábado para poder viajar a la Cumbre, si no, no uno tiene que pagar una moto y eso es ya mas difícil” (usuaria régimen subsidiado).</p>

**Tabla 11-2.7. Ejemplos de la categoría tiempo de espera de los servicios**

Atención urgente	<p>“cuando a mi me mandan, a mi me mandan de urgencias entonces a mí me entran de una vez. Allá si de una. Pero cuando mandan así si toca, allá si es mas tiempo, allá es de un mes, de dos meses, así para cuando es endocrino o para (...)” (usuaria régimen subsidiado)</p>
Atención no urgente	<p>“cuando es una urgencia, se remite inmediatamente el usuario, no hay problema, porque lo van a recibir, (...) Pero cuándo es remitido no por urgencias, sino ambulatoriamente, hay citas que se pueden demorar hasta tres meses” (gestor IPS I nivel pública)</p>

#### 4. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

**Tabla 11-2.8. Ejemplos de la categoría estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud**

Ámbito del seguro de salud subsidiado y su administración	
Ampliación prestaciones del seguro	<i>“Pues yo creo que los exámenes deberían ser completos, porque o sea yo no me los puedo hacer porque a mí me los cobran. Entonces eso debería de mejorar”</i> (usuaria régimen subsidiado)
Ámbito de los servicios de salud	
Mejorar capacidad resolutoria del I nivel de atención	<i>“hay que replantear la mejora de la capacidad de resolución del primer nivel para aliviar la congestión de los hospitales de más complejidad (...) si el nivel uno no funciona, el nivel dos recibe todo lo que ellos no manejan a tiempo”</i> (profesional de salud IPS II nivel pública).
Agilizar trámites de las ARS	<i>“pues eso si me parece mal, porque imagínese uno de aquí, pierde uno tres días, ir a llevar los papeles, ir a reclamar los papeles, ir a tomarse los exámenes, son tres días, yo pienso que deberían tener prioridad con la gente de lejos atenderla y darle la autorización inmediatamente, eso lo ponen a voltear”</i> (profesional administrativo IPS I pública)
Mejorar la accesibilidad del I nivel	<i>“que estén visitando más seguido la Guaira porque eso es muy lejos y uno se pone muy incómodo. Solo el día sábado uno puede salir de acá, y ¡no! eso para uno ir de a pie de aquí hasta allá es muy (...)”</i> (usuario no asegurado) <i>“yo pienso que... la gente no debería venir a los hospitales sino que los hospitales deberían llegar a la población (...) donde todo el equipo de salud llegase a la comunidad se rompería con todas las barreras, se lograría tener una población más saludable. Es decir en medio de su limitación no podemos continuar haciendo que toda esta gente que no tiene transporte, pueda venir en el momento en el que ello se solicite”</i> (profesional de salud IPS I nivel).
Eliminación de las filas	<i>“tantas colas. La gente bien enferma en Cali se muere de infarto haciendo cola. Me parece horrible, uno bien enfermo y haciendo cola”</i> (usuaria no asegurada) <i>“ideal que todos tuvieran su ARS, los que no puedan tener EPS tengan su ARS”</i> (profesional administrativo IPS pública)
Reducción tiempo de espera	<i>“la atención debería mejorar no darla a los tres meses, no a los cuatro meses. Deberían de darla a los quince días, ocho días para uno poder ir. Pero uno no puede ir porque es que mucho tiempo, entonces uno cómo hace, de aquí a eso ya está muerto”</i> (usuaria régimen subsidiado)

## Régimen contributivo

### Caso 3. Red de servicios de salud del área urbana

#### 1. Barreras relacionadas con las políticas de aseguramiento

**Tabla 11-3.1. Ejemplos de la categoría cobertura del POS-S**

Adecuada	<i>“Pues yo pienso que cubre lo básico y lo más grueso. Pues que rico que cubriera todas las cosas pero yo pienso que lo mas básico, lo mas importante, lo cubre”</i> (profesional de salud IPS I nivel)
----------	--

#### 2. Barreras relacionadas con las aseguradoras (EPS)

**Tabla 11-3.2. Ejemplos de la categoría límites a la práctica clínica**

Límites en el tipo de pruebas a solicitar	<i>“no podemos pedir radiografías de columna, no podíamos pedir ecografías pélvicas, no podíamos pedir ni siquiera TSH”</i> (profesional de salud IPS I nivel) <i>“hay instituciones donde se está haciendo: un medico general hace la orden de hacer un electrocardiograma y un auditor en red que está mirando que está pasando allí. Lo cuestiona, lo cuestiona y lo niega. Le puede decir al paciente “mire no le puedo hacer este electrocardiograma porque me lo acaban de negar”. Eso para nosotros no existe”</i> (gestora de IPS II nivel).
Límites de insumos de coste elevado	<i>“me quedé esperando que le hicieran la cirugía [al marido], que le hicieran la cirugía [de una hernia inguinal]. Cuando ya como a las 8 y pico sale el médico y me dice: “no es que a su esposo se le hizo la cirugía pero resulta que no le colocamos malla, porque parece ser que es alérgico a la malla, entonces si le colocamos de pronto le produce alergia. Si se vuelve a ventrar, entonces hay que colocarle una que es un poco mas costosa”. Le da a uno un piedrononón, pero mejor dicho es que uno no, realmente por la humildad de uno, no le dice uno groserías al médico. (...) Es que como dice mi esposo: sí a mi me hubieran dicho que a mi me podían colocar otra mas costosa, que yo tenia que pagarla por aparte, que no me la cubría la EPS, yo la pago, yo busco la forma y a Dios gracias tenemos como cubrirla. No, simple y llanamente después de que le hacen la cirugía, lo cierran y le dicen eso”</i> (usuaria régimen contributivo).

**Tabla 11-3.3. Ejemplos de la categoría consecuencias de los límites a la práctica clínica**

Derivaciones innecesarias	<i>“(…) lo que están haciendo los gastroenterólogos es que le toman la endoscopia y nos los devuelven a nosotros, “vaya donde su médico general a que su médico le de el tratamiento”. Porque sería desgastante utilizar un gastroenterólogo pa’ que mande omeprazol, amoxicilina y claritromicina”</i> (profesional de salud IPS I nivel). <i>“Estamos remitiendo muchas cosas que realmente en el primer nivel se podrían solucionar, muchísimas, muchísimas de las cosas que nosotros remitimos son cosas que un médico general podría manejar”</i> (profesional de salud IPS I nivel)
---------------------------	--

**Tabla 11-3.4. Ejemplos de la categoría priorización de la atención en determinados centros**

Contrarios a la libre elección	<i>“(…) Entonces él pedía otra vez que la Chayo o el Cardioinfantil. Entonces Famisanar le dice que no, que ellos no tenían convenio, que ellos no tenia no sé que, (...) sabiendo que antes lo habían operado allá. Y que él tenía, que le tocaba que se la hiciera en la Partenón (...)”</i> (usuaria régimen contributivo)
--------------------------------	---

**Tabla 11-3.5. Ejemplos de la categoría autorizaciones**

Evita costes de desplazamiento a los usuarios en autorizaciones con red contratada	<p>“(…) durante esa estancia, si el paciente llegó a adquirir un procedimiento quirúrgico de menor a mayor complejidad, me refiero a que estaba en habitación básica y llegó a requerir unidad de cuidados intermedios o unidad de cuidado intensivo, nos llaman, y nos piden ese cambio de estancia (...), y ya el día de la salida nos llaman y nos piden el egreso del paciente” (profesional administrativo de EPS).</p> <p>“Famisanar dentro de la clínica tiene una persona que nos va a hacer los trámites de eso de las autorizaciones y de ir a llevar la papelería allá y luego volverla a traer para acá (...) eso me parece estupendo porque sí, internamente se hace todo y ellas prácticamente le facilitan a uno muchas cosas.” (usuaria régimen contributivo).</p> <p>“El paciente nunca se tiene que ir a un punto de autorizaciones a que le den autorizaciones. Le estamos evitando el traslado del usuario a los puntos y nosotros mismos estamos haciendo por vía telefónica. Al día siguiente de que nosotros emitimos autorización le mandamos a la IPS un consolidado de las autorizaciones que emitimos el día anterior, y con ella ella va a facturar al usuario” (profesional administrativo de EPS)</p>
Inexistentes en la red interna	<p>“Porque como son pacientes capitados que viajan por nuestra red, eh para que hacer la autorización... no tiene sentido, lo que hacen los coordinadores es hacer auditorías médicas para ver si esas autorizaciones, si esas remisiones tienen una indicación válida, si el diagnóstico está bien hecho, si tiene una historia clínica bien hecha . Por ejemplo en la Clínica Infantil cuando llega un niño mal remitido o mal atendido en un principio se hace una junta médica con las personas que lo trataron en un primer nivel, entonces se evalúa la calidad, pero en ningún momento, se recibe al niño, en ningún momento se devuelve (...) no se pone al paciente a sufrir con la autorización o sea para el paciente es transparente” (gestora IPS II nivel);</p> <p>“nosotros las auditorias que hacemos en lo médico en pertinencia las hacemos en el acto mismo médico cuando está allá hospitalizando no antes de llegar a una hospitalización o una cirugía, pues se hacen juntas quirúrgicas, pero las juntas quirúrgicas pues lo que permite es que los profesionales entre si y los cirujanos quienes y quienes van hacer el procedimiento identifiquen la mejor técnica pero nunca es para negar una cirugía” (gestora IPS II nivel).</p>

### 3. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

**Tabla 11-3.6. Ejemplos de la categoría accesibilidad geográfica**

Centros alejados	<p>“muy lejos, Colsubsidio para la cantidad de gente que tiene en este sector, porque uno ve, uno ve y analiza a la gente y uno le escucha. Inclusive una señora me dijo que ella venía desde Usme, por allá en Chumaza e iba a que la atendieran allá en ciudad de Roma” (usuaria régimen contributivo).</p> <p>“lo que pasa es que aquí está la Clínica Pediátrica. Entonces pues todos los niños menores de 5 años van donde los pediatras y los ven en teoría en la clínica (...) En teoría. Es que aquí a la gente le queda muy complicado.” (profesional de salud IPS I nivel).</p> <p>“realmente Ciudad Roma, de donde nosotros estamos, es lejos y es complicado llegar” (profesional de salud IPS I nivel).</p>
------------------	--

**Tabla 11-3.7. Ejemplos de la categoría oferta de servicios disponible**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Insuficiencia de servicios de primer y segundo nivel	<i>“en urgencias, medicina general de primer nivel es insuficiente, odontología insuficiente, en algunos servicios de apoyo terapéutico, terapia física, terapia respiratoria insuficientes.”</i> (gestor IPS II nivel)
Insuficiencia ambulancias	<i>“a veces tenemos el paciente listo para irse, tenemos la institución lista para recibir, la otra institución otro Hospital listo para recibirlo y resulta que la ambulancia se demora horas en llegar porque necesitábamos una ambulancia con ventilador por ejemplo y no había disponibles”</i> (gestor IPS II nivel) <i>“ambulancias hay muchas pero habilitadas son muy pocas porque la secretaria es quien habilita las ambulancias y la habilitación de ellas ... y están quedando muy cortas en tecnología , en los equipos, en la actualización de los mismos equipos dentro de la ambulancia o en el mismo vehículo, el vehículo ya está muy deteriorado”.</i> (profesional administrativo EPS).
Insuficiencia servicios alta tecnología	<i>“muchos de los pacientes que remitimos nosotros son para cuidados intensivos, a veces la red de cuidado intensivo de toda la ciudad está llena, entonces un paciente que uno quisiera tener listo para... o no tener listo sino que no lo reciban en otra institución antes de una hora es un paciente que se nos puede quedar 4 6 8 horas esperando que se desocupe una cama en cuidado intensivo en algún sitio de la ciudad”</i> (gestor IPS II nivel).

**Tabla 11-3.8. Ejemplos de la categoría causa de la escasez de oferta de servicios**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplo</b>
Insuficiencia de oferta de servicios en el mercado	<i>“(...) llaman a la EPS y la EPS no lo ubica rápidamente llega la hora de cerrar el centro de primer nivel y no ha habido como ubicar ese paciente. Llamamos desesperados: mire que no lo han podido ubicar en otro sitio (...) y no depende de nosotros es un factor controlable porque depende de la red de toda una ciudad”</i> (gestor IPS II nivel) <i>“y no es porque la EPS no quiera hacer contrato, contrato tiene con todas las unidades de cuidado intensivo pero todas las unidades a veces están llenas”</i> (gestor IPS II nivel)

#### 4. Barreras relacionadas con las características de la población

**Tabla 11-3.9. Ejemplos de la categoría características económicas y sociales**

Bajo nivel de ingresos	<i>“muy difícil es muy difícil para esos usuarios porque a pesar de que son de régimen contributivo ellos no tienen económicamente posibilidad de transportación”</i> (gestora EPS)
Nivel elevado de analfabetismo y falta de apoyo familiar	<i>“La mayoría de nuestros pacientes son pacientes realmente casi analfabetas, la gente que es de tercera edad muy poca gente, ni siquiera estudió la primaria. Los pacientes ancianos que son los que más nos consultan en la zona ni siquiera saben leer y escribir. Entonces, fuera de eso viven con sus hijos que son gente que sale a las 4 de la mañana, porque para irse a su trabajo y llegar a las 7 . (...) Es gente que está trabajando por un sueldo mínimo, entonces trabaja de lunes a lunes casi. Es muy complicado que yo le diga a un paciente, mire además usted necesita todos estos exámenes y tiene que ser en la 63. El pobre señor no sabe leer, no sabe escribir y por su edad no me entiende. (...) Entonces que hacer que entienda, qué es lo que tiene que hacer es un complique”</i> (profesional de IPS I nivel)

**Tabla 11-3.10. Ejemplos de la categoría consecuencias para el acceso de las barreras poblacionales**

Dificultad para acceder al especialista	<i>“ellos se conforman que es lo que tratan de hacer ehh con solamente el nivel básico de atención que es el médico general la odontología básica, ehh alguna otra terapia que pueda tener allá y los laboratorios clínicos de ahí. Y ellos tratan de manejar todo lo que se pueda hasta ahí (...)”</i> (gestora EPS);
---	--

**Tabla 11-3.11. Ejemplos de la categoría conocimiento de los derechos**

Relacionado con los servicios utilizados	<p>“por ejemplo para mí me cubrió todo el parto (...). Y pues no n lo hemos utilizado para nada más” (usuaria régimen contributivo)</p> <p>“En caso de una urgencia la clínica de roma que es en la 86, clínica de roma y ya para centro médico, citas y todo eso pues en el centro mas cercano que puede ser, la clínica de Fontibón es el más cercano. Y tiene varios, yo fui atendida en la clínica orquideas en la 163, por lo que era de alto riesgo” (usuaria régimen contributivo).</p>
--	--

**Tabla 11-3.12. Ejemplos de la categoría causas del bajo nivel de conocimiento de los derechos de la población afiliada al régimen contributivo**

Poco interés de la población	“... la gente no lee [POS], no se interesan” (gestora IPS II nivel)
Falta de información de las IPS y EPS	“Ni a, o sea ni a las entidades de salud les importa educar al paciente, ni al paciente es un total ignorante sobre qué cubre y qué no cubre su seguro” (profesional de salud IPS I nivel)

## 5. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

**Tabla 11-3.13. Ejemplos de la categoría consecuencias de la estrategia de creación de redes geográficas**

Mayor conocimiento de la población	“tiene la ventaja adicional que uno puede controlar la población pues conocerla mas y dirigirle programas de prevención” (gestor IPS II nivel)
Disminución de costes	<p>“para el prestador de servicios es mas práctico tener la red georreferenciada, por muchas razones además ¿no? Contención de gastos por ejemplo. Evita la sobreutilización de los servicios” (gestor IPS II nivel)</p> <p>“vemos que la población además viaja por todas partes y hace mas gasto (...) uno ve en los sistemas por los que controlamos personas que consultan 4 veces al mes por lo mismo y que hacen pues debían vender la medicación. Entonces asignándolas a una zona es mucho más fácil el control”. (gestor IPS II nivel)</p>

## Caso 4. Red de servicios de salud del área rural

### 1. Barreras relacionadas con las aseguradoras (EPS)

**Tabla 11-4.1. Ejemplos de la categoría autorizaciones**

Categoría	Ejemplo
Lentas	<p>“si nos mandan exámenes tenemos que ir a la UBA (...). Entonces va uno con la orden, la fotocopia de la historia, carné, cédula y lleva uno esos papeles allá en la UBA y se demoran. A los 8 días tiene uno que volver a ver donde le dieron la autorizaron del examen a uno. No es inmediato (...)”. (profesional administrativo IPS I nivel pública)</p> <p>“yo tengo una cita... pido una cita con el especialista, pero entonces yo voy a que me la autoricen, y la autorización toma 15 días y luego la cita otros 15” (profesional administrativo EPS).</p> <p>“entonces se demora mucho en contestar, haciendo de alguna manera para el proceso operativo nuestro difícil la situación, porque es la premura de la gente contra mi papá, contra mi mamá. Hay un vínculo afectivo allí, y hay de alguna manera una angustia”. (gestor IPS I nivel pública)</p> <p>“Últimamente el servicio ha estado muy malo porque uno ingresa al hospital, por ejemplo yo ya he tenido dos veces dos hospitalizaciones por amigdalitis y primero hay que llamar a Coomeva para que Coomeva autorice la hospitalización, entonces llaman a un número, “ que no está, que eso tiene que ser fulano”. Y llaman y llaman y llaman (...) En la última ocasión me dijo el señor que estaba llamando, “no tiene que dirigirse alguien de su familia directamente a Cali a la oficina para que ellos den la orden” usted se imagina, entonces yo hablé con la administradora y le dije como es posible” (usuaria régimen contributivo).</p>

**Tabla 11-4.2. Ejemplos de la categoría autorización de prestaciones no POS**

Categoría	Ejemplo
Inflexibilidad de EPS	<p>“en el contributivo se van a ajustar al manual de, de, para la prestación de los servicios, el MAPIPOS, se van a ajustar allí, no van a salir. Como no van a salir de allí de ese manual, entonces siempre va a haber problemas de que esto no lo cubre” (gestor IPS I nivel pública).</p>
Dificultad en la interpretación de normas de acceso al POS	<p>“(…) Entonces uno llama al centro regulador y comenta el paicote. Es muy minucioso, o sea, “¿cuántas semanas tiene?”. “Pero si tienen 26 semanas por qué no le cubre tal cosa, y por qué no le hacen esto, y por qué no le hacen lo otro”. (profesional administrativo IPS privada).</p>
Trámites lentos	<p>“lo que no me gusta es que a veces lo ponen a voltear mucho a uno, por lo menos vea, mi esposo pidió, tiene un problema en la rodilla, hace mas de mes y medio que le dieron la orden. De aquí se fue a hacer las vueltas allá, pues que no aparecía en el sistema, que estaba atrasado. Vinimos, llevamos los formularios de pago, los comprobantes de pago, se hizo la vuelta, dieron la orden para que pidiera la cita, y se pide la cita. Y no que este año ya no, que en enero (...)” (usuaria régimen contributivo)</p> <p>“yo fui donde el internista porque el neurólogo me dijo que ella debía tomar de ese medicamento, pero que como ese medicamento no era de neurología le tocaba a medicina interna hacerle la solicitud a Coomeva para que le cubriera medicamentos necesarios no POS. Algo así. Entonces, eso fue todo un proceso” (cuidadora usuaria régimen contributivo)</p>

**Tabla 11-4.3. Ejemplos de la categoría límites a la práctica clínica**

Restricciones en el acceso a la atención del especialista	<p>“hace como 3 años me dio una alergia y me hinché y entonces el doctor de aquí [IPS I nivel pública], me remitió, porque yo ya estaba como queriendo hacer, tenía insuficiencia respiratoria (...). El médico general [en la IPS II nivel privada a la que la remiten] me vio en el estado en que llegué y llamo al médico internista (...) Le cuento que el medico internista no lo conocí. Y el médico general era preocupado de verme “para mi usted necesita estar hospitalizada” (...) O sea que yo salí de aquí igual” (usuaria régimen contributivo).</p>
---	--

## 2. Barreras relacionadas con la red de prestadores de salud

**Tabla 11-4.4. Ejemplos de la categoría causas del tiempo de espera de los servicios**

Oferta de servicios insuficiente	<p><i>“en el régimen contributivo de pronto también aparece. Pues no en la magnitud como parece para el régimen subsidiado (...). Pero también se maneja de que en muchas patologías, también hay un nivel de demanda muy alto”</i> (gestor IPS I nivel pública)</p> <p><i>“hay algunas especialidades que si por el mercado de la ciudad, por el mismo mercado de la ciudad y de la posibilidad del acceso es difícil no solamente pues para la población de la Cumbre, sino para toda la red”</i> (gestor EPS).</p>
Control de costes	<p><i>“la oportunidad en el sistema de salud por el volumen que se maneja. Por el control del gasto, el control del costo, del gasto, yo siento que el tema nuestro, no es tanto continuidad sino oportunidad de atención”</i> (profesional administrativo EPS)</p>

## 3. Barreras relacionadas con las características de la población

**Tabla 11-4.5. Ejemplos de la categoría causas del desconocimiento de derechos y trámites por parte de la población**

Poco interés en informarse	<p><i>“falta de ganas de informarse del usuario, la gente no se interesa por el tema de la salud hasta que no se enferma”</i> (Cooomeva-01Ges),</p>
----------------------------	---

## 4. Estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios

**Tabla 11-4.6. Ejemplos de la categoría estrategias propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud**

Eliminar las autorizaciones	<p><i>“(...) ellos están cumpliendo unos requisitos y unos parámetros de ley, (...) muchas de esas cosas [autorizaciones] para la gente del campo que no conoce, que no domina la ciudad se puede obviar”</i> (gestor IPS I nivel pública).</p>
Apertura de una oficina local de autorizaciones	<p><i>“una de las posibilidades que se está buscando es que ellos tengan el acceso directamente en la Cumbre, mejor dicho no el acceso sino la posibilidad de que en la Cumbre, directamente se haga la autorización de los servicios y el direccionamiento de una vez al segundo y tercer nivel ambulatorio, de tal manera que ellos no tengan que desplazarse a Cali para hacer la solicitudes, pero pienso que eso sí podría mejorar”</i> (gestor EPS).</p>

## II Guías de entrevistas

### Guía de entrevista: usuarios de los servicios de salud

Fecha:                    Lugar de la entrevista:                    Hora de inicio:                    Hora de finalización:

Duración entrevista:                    Nombre:                    Edad:                    Sexo:

Afiliación:                    Nivel SISBEN:

#### 1. Acceso al aseguramiento en salud

- a) ¿está afiliado a alguna EPS o ARS o lo ha estado alguna vez? ¿Por qué no?
- b) ¿cómo fue el proceso para afiliarse (sisbenización-afiliación-expedición de carnet-etc.)? ¿qué opina de este proceso? ¿Con qué dificultades se encontró?
- c) ¿pudo escoger aseguradora? ¿qué información le dieron para escoger la aseguradora?
- d) ¿cuál fue el motivo para elegir esta aseguradora?
- e) ¿ha intentado alguna vez de cambiar de aseguradora? ¿Por qué?
- a) ¿a qué servicios de salud tiene usted derecho por estar afiliado? ¿qué opina de los servicios que están incluidos? ¿sacaría algunos, incluiría otros (pruebas complementarias, visitas, hospitalizaciones, etc.)?
- f) ¿tiene que pagar algo por los servicios de salud (consulta, medicamentos, pruebas, hospitalización,...)? ¿por cuáles? ¿Qué opina de ello?

#### 2. Acceso a la prestación de servicios a lo largo del continuo asistencial

- a) ¿qué centros de salud están dentro de la red de servicios de salud disponible?
- b) ¿qué opina sobre la cantidad de servicios (médicos, hospitales de I , II y III nivel de atención, etc.) que le ofrece la aseguradora?
- c) ¿cuánto tiempo le supone viajar a los hospitales de II y III nivel? ¿qué opina sobre la ubicación de los diferentes servicios?
- d) ¿y de los horarios de atención? ¿y de los tiempos de espera para un paraclínico, para una visita al especialista? ¿para una hospitalización?
- e) ¿tiene o ha tenido alguna enfermedad/motivo para la cual haya tenido que utilizar varios niveles de atención – hospital I, II, III nivel? ¿cuáles? ¿para qué?
- f) cuénteme cómo fue el proceso de atención de su enfermedad desde el comienzo hasta este momento (diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación)
- g) ¿qué servicios utilizó? ¿qué médicos le vieron en cada uno de estos hospitales? ¿para qué? ¿cada vez era el mismo o diferente? ¿qué opina de esto?

- h) ¿cómo fue el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud?
- i) ¿qué trámites tuvo que hacer cuando lo remitieron a esos hospitales? ¿qué opinión le merecen?
- j) ¿cómo es el proceso para pedir una cita con el médico de esos hospitales? ¿qué opina de ese proceso?
- k) ¿cómo es el proceso para sacar los medicamentos que le prescribe el médico? ¿y los paraclínicos? ¿qué opina?
- l) ¿ha utilizado otros servicios de salud fuera de la red (por ejemplo de prepago, privados, etc.). ¿por qué?
- m) En general, ¿cómo ha sido su recorrido por los diferentes servicios de salud para ese episodio? ¿con qué problemas se ha encontrado? ¿qué elementos le ha facilitado ese recorrido?
- n) ¿qué sugerencias tiene para mejorar ese acceso a los diferentes servicios de salud?

### **3. Continuidad asistencial**

#### **3.1. Continuidad en la gestión**

- a) ¿ha habido algún servicio o profesional que le haya dado seguimiento a su enfermedad? ¿cómo ha sido ese seguimiento?
- b) ¿se han producido interrupciones en el seguimiento? ¿cómo ha influido en su salud?
- c) ¿qué opina de cómo ha sido la coordinación entre los profesionales que la han atendido para ese problema de salud de los diferentes servicios de salud? ¿qué problemas de coordinación se han producido?

#### **3.2. Continuidad de información**

- d) ¿cómo ha sido la comunicación entre los profesionales de los diferentes servicios de salud de I, II y III nivel que le han atendido? ¿qué opina de ella?
- e) ¿ha recibido información que se contradecía sobre su diagnóstico, tratamiento, etc. desde los diferentes profesionales que le atendieron? ¿qué información? ¿entre quiénes?
- f) cuándo le remitieron de un hospital a otro, ¿qué información de su historia clínica tenía el otro hospital? ¿cómo tenía esa información? ¿qué opina de ello?
- g) cuándo le remitieron de un hospital a otro, ¿le volvieron a hacer las mismas pruebas diagnósticas que ya le habían hecho? ¿por qué?
- h) ¿ha tenido que repetir la consulta con su médico porque no tenía los resultados de una prueba complementaria que le hubiera solicitado previamente?
- i) ¿qué sugerencias tiene para mejorar la coordinación asistencial entre esos servicios?

#### **3.3. Continuidad de relación**

- h) cuando se siente enfermo, ¿dónde acude para recibir atención?. Si no va a ningún servicio, ¿por qué no va al médico? ¿qué cambios se tendrían que producir para acudir al médico?

- i) ¿acude algún médico habitualmente?¿qué opina de tener un médico que le atienda regularmente?

## Guía de entrevista: profesionales de salud de los servicios

Fecha:                      Lugar de la entrevista:                      Hora de inicio:                      Hora de finalización:

Duración entrevista:                      Nombre:                      Edad:                      Sexo:

Titulación:                      Cargo:                      Tiempo trabajando en la institución:

### 1. Acceso a los servicios de salud

- a) ¿qué servicios forman parte de la red de servicios que tiene contratada la Secretaría/la aseguradora? ¿cómo está organizada? ¿qué niveles de atención cubre?
- b) cuando tiene que remitir o contrarremite un paciente a otro nivel asistencial, ¿a qué IPS le corresponde hacerlo?
- c) ¿cómo es el proceso para remitir o contrarremite un paciente a otro nivel asistencial en estos casos?
  2. a consultas externas de otro nivel asistencial (médico general o especialista)
  3. urgencias
  4. pruebas complementarias de otro nivel asistencial
- d) ¿qué trámites administrativos existen? ¿qué criterios de autorización por parte de las aseguradoras?
- e) ¿qué opina de ese proceso desde el punto de vista de obtener un acceso al servicio de salud adecuado para las necesidades de salud del paciente? ¿cómo cree que influyen en la calidad de la prestación de los servicios de salud?
- f) ¿existe algún límite para la derivación por paciente? ¿y para la petición de pruebas complementarias? ¿de estancia media?
- g) ¿cómo es el sistema de petición de citas a otros niveles asistenciales? ¿qué opina de este sistema?
- b) ¿qué factores cree que están dificultando el acceso de la población de un nivel asistencial a otro? ¿qué factores lo están facilitando?
- h) ¿qué opina de la cantidad de servicios ofrecidos en la red de I, II y III para proporcionar una prestación adecuada a la población? ¿y de la ubicación de esos servicios?
- i) ¿qué opina de los horarios de atención de los servicios de los diferentes niveles?
- j) ¿qué opina de los tiempos de espera en la remisión del paciente a otro nivel asistencial? ¿y en la petición de una prueba complementaria a otro nivel?
- k) ¿qué opina del conocimiento que tienen los usuarios sobre los servicios de salud a los que tiene derecho según el POS que lo cubre? ¿qué opina del conocimiento que tienen los usuarios sobre cómo se accede a los servicios de los distintos niveles asistenciales?

- c) ¿qué estrategias y mecanismos podrían implementarse para mejorar el acceso de la población a los diferentes niveles asistenciales?

## 2. Coordinación asistencial

- a) ¿cómo definiría la coordinación en la prestación de servicios de salud para un paciente?
- b) ¿qué opina de la coordinación de la prestación de servicios para un paciente con los otros niveles asistenciales de la red (pública y privada)?
- c) ¿qué elementos están dificultando la coordinación de la prestación de servicios de salud con los otros niveles asistenciales? ¿qué elementos la están facilitando?
- d) ¿qué programas de prevención y promoción existen para la población residente en esta área? ¿cómo es la coordinación de la prestación con estos programas de prevención y promoción? ¿qué elementos lo facilitan? ¿qué elementos la dificultan?
- e) ¿qué función tienen los diferentes niveles asistenciales I, II y III en la prestación de servicios de salud de un paciente?. Por ejemplo para un episodio crónico concreto
- f) ¿qué opina de cómo están desempeñando esa función?
- g) ¿cómo es la comunicación con los profesionales de los otros servicios de salud de I, II y III nivel a los que deriva a los pacientes? ¿conoce al especialista o médico al que refiere/contrarrefiere al paciente? ¿qué opina de ella?
- h) ¿cómo se transmite la información clínica del paciente entre un nivel asistencial y otro? ¿qué información clínica del paciente se comparte?
- i) ¿qué opina de la información sobre el paciente que se comparte de un nivel a otro? ¿cómo influye en la calidad de la asistencia que proporciona?
- j) ¿tiene una población asignada para atender? ¿los pacientes son vistos por el mismo médico dentro de un mismo episodio? ¿qué opina de ello? ¿cómo influye en la calidad de la asistencial que proporciona?
- k) ¿cómo se realiza el seguimiento del paciente a lo largo del continuo de prestaciones de salud? ¿qué opina de este seguimiento?
- l) ¿qué interrupciones en la prestación de servicios de salud para un paciente se producen con más frecuencia a lo largo de un episodio de enfermedad?
- m) ¿qué mecanismos se utilizan para coordinar la prestación de servicios al paciente con los otros niveles asistenciales? (sistema de referencia y contrarreferencia, GPC, protocolos, planificación de alta hospitalaria, Guía farmacológica compartida, grupos de trabajo entre niveles, sistema de información, puestos de enlace entre niveles)?
- n) ¿qué opina de los mismos? ¿cómo cree que contribuyen estos mecanismos a la coordinación en la prestación de servicios?
- o) ¿qué dificulta la utilización de éstos mecanismos? ¿qué los facilita?
- p) ¿cómo cree que podrían mejorar su utilización?

- q) ¿qué estrategias o mecanismos de coordinación se podrían implementar para mejorar la coordinación del paciente a lo largo de la red?

## Guía de entrevista: personal de apoyo administrativo

Fecha:

Lugar de la entrevista:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Duración entrevista:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Titulación:

Cargo:

Tiempo trabajando en la institución:

### 1. Acceso al aseguramiento en salud

- a) ¿cómo es el proceso de afiliación en esta aseguradora?
- b) ¿qué opina de este proceso? ¿qué factores dificultan el aseguramiento? ¿qué factores lo facilitan?
- c) ¿se puede cambiar de aseguradora? ¿cómo es el proceso para cambiar de aseguradora?
- d) ¿qué opina de este proceso? ¿qué factores dificultan el cambio de aseguradora? ¿qué factores lo facilitan?
- e) ¿se puede escoger servicios de salud? ¿cómo es el proceso? ¿qué información se proporciona para ello? ¿y cambiar de servicio de salud? ¿cómo es el proceso?
- f) ¿qué opina de este proceso?
- g) ¿se le da información al usuario de sus derechos de afiliación? ¿cuál? ¿qué opina de ella?
- h) ¿qué opina del conocimiento de los usuarios sobre los servicios a los que tiene derecho de acuerdo a su POS? ¿y sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios de los distintos niveles asistenciales?

### 2. Acceso a la prestación de servicios a lo largo del continuo asistencial

- a) ¿qué servicios forman parte de la Red de Servicios de Salud que tiene contratada la aseguradora? ¿cómo está organizada? ¿qué niveles de atención cubren?
- b) ¿qué servicios para dar una atención integral a las personas no se proporcionan en la red? ¿cómo se proporcionan estos servicios?
- c) ¿qué factores cree que están dificultando el acceso de la población a los diferentes servicios de I, II y III nivel de la red? ¿qué factores lo ayudan?
- d) ¿qué opina de la cantidad de servicios de I, II y III nivel que se ofrecen en la red para proporcionar una atención al nivel adecuado a la población? ¿y de la ubicación de estos servicios?

- e) ¿qué opina de los horarios de atención para prestar una atención adecuada? ¿y de los tiempos de espera para una remisión al especialista de otro nivel asistencial? ¿y de la petición de una prueba complementaria a otro nivel?
- f) ¿y del sistema de petición de citas?
- g) ¿Cómo es el proceso de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales?
- en ccee
  - en urgencias
- h) ¿Qué opina de estos procedimientos desde el punto de vista de obtener un acceso al servicio de salud adecuado para las necesidades del paciente?
- i) ¿qué trámites administrativos tiene que realizar el paciente en este proceso? ¿qué opina de ellos?
- j) ¿Qué criterios de autorización existen en los casos anteriores? ¿cómo se establecen? ¿qué opina de ellos? ¿y del tiempo de espera?
- k) ¿Existen límites en el número de derivaciones que puede realizar un servicio o un profesional a otro nivel asistencial? ¿cuáles? ¿y de pruebas complementarias que puede solicitar?
- l) ¿Qué diferencias hay en el acceso a los servicios de esta institución entre la población con diferentes tipos de afiliación (vinculados - con y sin SISBEN -, contributivo y subsidiado)?
- m) ¿qué situaciones se dan con más frecuencia en las que un paciente se queda sin derecho a recibir asistencia no urgente? ¿por qué causa? ¿qué opina de ello?
- n) Cuando acude algún paciente para recibir atención sin estar afiliado a alguna de las aseguradoras (ARS o EPS) que les contratan sus servicios como prestadores, ¿qué ocurre?
- a) ¿qué estrategias y mecanismos se podrían implementar para mejorar el acceso de la población a los diferentes servicios de salud de la red?

### 3. Coordinación asistencial

- a) ¿cómo definiría la coordinación en la prestación de servicios de salud para un paciente?
- b) ¿qué opina de cómo se está dando esta coordinación en la red?
- c) ¿qué elementos están dificultando esta coordinación? y ¿cuáles la facilitan?
- d) ¿cómo se coordina la atención del paciente con otras organizaciones de la red: con las diferentes IPS, con la aseguradora?
- e) ¿qué mecanismos se han implementado para mejorar la coordinación asistencial en estos ámbitos?
- f) ¿Qué opina de la utilización de estos mecanismos?

- g) ¿Cómo se comunican? ¿Qué información del paciente – datos administrativos, asistenciales, etc.- comparte con las otras organizaciones?
- h) ¿Qué opina de esta comunicación para garantizar la continuidad en la asistencia del paciente? ¿y de la información compartida?
- i) ¿qué estrategias o mecanismos de coordinación se podrían implementar para mejorar la coordinación del paciente a lo largo de la red?

## Guía de entrevista: gestores

Fecha:

Lugar de la entrevista:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Duración entrevista:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Titulación:

Cargo:

Tiempo trabajando en la institución:

### 1. Acceso al aseguramiento en salud

- a) ¿cómo es el proceso de afiliación en esta aseguradora?
- b) ¿qué opina de este proceso? ¿qué factores dificultan el aseguramiento? ¿qué factores lo facilitan?
- c) ¿cómo es el proceso para cambiar de aseguradora?
- d) ¿qué opina de este proceso? ¿qué factores dificultan el cambio de aseguradora? ¿qué factores lo facilitan?
- e) ¿se puede escoger servicios de salud? ¿cómo es el proceso? ¿qué información se proporciona para ello? ¿y cambiar de servicio de salud? ¿cómo es el proceso?
- f) ¿qué opina de este proceso?

### 2. Acceso a la prestación de servicios a lo largo del continuo asistencial

- a) ¿qué servicios forman parte de la Red de Servicios de Salud de la aseguradora? ¿cómo está organizada? ¿qué niveles de atención cubren?
- b) ¿qué servicios básicos para dar una atención integral a las personas no se proporcionan en la red? ¿cómo se proporcionan estos servicios?
- c) ¿qué factores cree que están dificultando el acceso de la población a los diferentes servicios de I, II y III nivel de la red? ¿qué factores lo ayudan?
- d) ¿qué opina de la cantidad de servicios ofrecidos de I, II y III nivel en la red para proporcionar una atención al nivel adecuado a la población? ¿y de la ubicación de estos servicios?
- e) ¿qué opina de los horarios de atención para prestar una atención adecuada? ¿y de los tiempos de espera para una remisión al especialista de otro nivel asistencial? ¿y de la petición de una prueba complementaria a otro nivel?

- 
- f) ¿Cómo es el proceso de referencia y contrarreferencia entre un I y II y III nivel?
- por CCEE
  - por urgencias
- g) ¿Qué opina de estos procesos desde el punto de vista de obtener un acceso al nivel de atención adecuado a los servicios?
- h) ¿Qué criterios de autorización existen en el proceso de referencia y contrarreferencia? ¿cómo se establecen? ¿en qué criterios se basan? ¿qué opina de ellos?
- i) ¿Qué trámites administrativos tiene que hacer el paciente en el proceso? ¿qué opina de ellos?
- j) ¿Qué limitaciones existen cuando se quiere derivar un paciente de un nivel asistencial a otro? ¿y para la petición de pruebas complementarias? ¿qué institución lo establece? ¿en qué criterios se basan estas limitaciones?
- k) Cuando acude algún paciente para recibir atención sin estar afiliado a alguna de las aseguradoras (ARS o EPS) que les contratan sus servicios como prestadores, ¿qué ocurre?
- l) ¿Qué opina del conocimiento de la población sobre los servicios a los que tiene derecho de acuerdo a su POS?
- m) ¿Qué opina del conocimiento de la población sobre cómo utilizar adecuadamente los diferentes niveles asistenciales?
- n) ¿Qué diferencias hay en el acceso a los servicios de esta institución entre la población con diferentes tipos de afiliación (vinculados - con y sin SISBEN -, contributivo y subsidiado)? ¿qué estrategias y mecanismos se podrían implementar para mejorar el acceso de la población a los diferentes niveles asistenciales?

### 3. Coordinación entre niveles asistenciales

- a) ¿qué entiende por coordinación en la prestación de servicios de salud para un paciente?
- b) ¿qué opina de la coordinación de la asistencia del paciente con los otros servicios de salud de I, II y III nivel de la red?
- c) ¿qué elementos están dificultando esta coordinación? y ¿cuáles la facilitan?
- d) ¿qué forma de colaboración entre las organizaciones que conforman la red –convenios de colaboración, subcontratación, etc.- existen?
- e) ¿qué opina de esta forma de colaboración?
- f) ¿qué políticas, objetivos o estrategias se han implementado en la red para mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales? ¿y la accesibilidad a los servicios de los diferentes niveles asistenciales?

- 
- g) ¿qué mecanismo se han implementado en la red para coordinar la atención del paciente con los otros niveles asistenciales? (circuitos de referencia y contrarreferencia, GPC, protocolos, planificación de alta hospitalaria, Guía farmacológica compartida, grupos de trabajo entre niveles, sistema de información, puestos de enlace entre niveles)?
  - h) ¿qué opina de la utilización de estos mecanismos?
  - i) ¿cómo se realiza el seguimiento del paciente a lo largo de su episodio de enfermedad?
  - j) ¿qué opina de este seguimiento?
  - k) en el recorrido asistencial que realiza el paciente por los servicios de I, II y III nivel asistencial a la largo de su episodio de enfermedad, ¿qué interrupciones en la prestación de servicios se producen con más frecuencia?
  - l) ¿cómo es la comunicación entre los profesionales de los diferentes servicios de I, II y III nivel que conforman la red?
  - m) ¿qué opina de esta comunicación?
  - n) ¿cómo se transmite la información clínica del paciente entre un nivel asistencial y otro? ¿y dentro del mismo nivel asistencial?
  - o) ¿qué opina de la información asistencial que se comparte de un nivel a otro?
  - p) ¿cómo coordinan la atención del paciente con otras instituciones de salud fuera de la red, involucradas también en la atención al paciente: programas de promoción y prevención, etc. ?
  - q) ¿qué estrategias o mecanismos de coordinación se podrían implementar para mejorar la coordinación del paciente a lo largo de la red?

